

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIPARA INTRAPARTAL NORMAL  
DI PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 22 S/D 25 JULI 2016**



**Oleh:**

**YULENSI ANGGRIANI LITTIK**

**NIM: 132 111 146**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2016**

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

### **ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIPARA INTRAPARTAL NORMAL DI PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 22 S/D 25 JULI 2016**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu  
Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



Oleh:

**YULENSI ANGGRANI LITTIK**  
**NIM: 132 111 146**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2016**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa studi kasus ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, November 2016

Yang menyatakan



**YULENSI ANGGRIANI LITTIK**  
**NIM: 132 111 146**

## LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir dengan judul "**Asuhan Kebidanan Pada Multipara Intrapartal normal di Puskesmas Sikumana tanggal 22 s/d 25 Juli 2016**" telah disetujui oleh pembimbing. Laporan Tugas Akhir mahasiswa atas nama: Yulensi Anggriani Littik NIM: 132.111.146 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, November 2016

**Menyetujui,**

**Pembimbing I**

  
Jeni Nurmawati, SST., M.Kes

**Pembimbing II**

  
Yohana F. L. Ladjar, SST

**Mengetahui,**

**Ketua  
STIKes CHM-Kupang**

  
drg. Jeffrey Jap., M.Kes

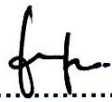
**Ketua  
Prodi D III Kebidanan**

  
Ummu Zakiah, SST., M.Keb

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "**Asuhan Kebidanan Pada Multipara Intrapartal normal di Puskesmas Sikumana tanggal 22 s/d 25 Juli 2016**" telah disetujui dan diajukan dalam seminar studi kasus mahasiswa atas nama: Yulensi Anggriani Littik NIM: 132.111.146 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Studi kasus, November 2016

**Ketua : Merry A. Giri, S.Keb, Bd**

.....  


**Anggota : 1. Jeni Nurmawati, SST., M.Kes**

.....  
  
.....  


**2. Yohana F. L. Ladjar, SST**

**Mengetahui,**

**Ketua  
STIKes CHM-Kupang**

  
drg. Jeffrey Jap., M.Kes

**Ketua  
Prodi D III Kebidanan**

  
Ummu Zakiah, SST., M.Keb

### **BIODATA PENULIS**

Nama : Yulensi Anggriani Littik  
TempatTanggalLahir : Rote,27 Januari 1996  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jln. Kolei, Kel. Oesapa, Kota Kupang  
Pendidikan  
Tahun 2007 : SD Negeri Oeseli  
Tahun 2010 : SMP Negeri2 Rote Barat Daya  
Tahun 2013 : SMA Negeri1 Rote Barat Daya  
Tahun 2013 – 2016 : Sedang Menyelesaikan Pendidikan  
Program Studi Diploma III Kebidanan Di  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes)  
Citra Husada Mandiri Kupang

## **MOTTO**

Bekerjalah untuk duniamu seakan – akan kamu hidup selamanya  
dan beramal untuk akhiratmu seakan – akan esok kau akan tiada.

## **Persembahan**

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan kepada  
Kedua orang tua Ayah Imanuel Littik dan ibu Javed M.Messakh,  
kedua adik tersayang Axel Littk dan Devid Littik, kekasih  
tersayang Syamsudin Taher, sahabat – sahabat tercinta, teman-  
teman angkatan 6 STIKes CHM-K dan Almamater tercinta.

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
JURUSAN  
DIPLOMA III KEBIDANAN**

**ABSTRAK**

**YULENSI A. LITTIK**

**132111146**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIPARA INTRAPARTAL NORMAL DI  
PUSKESMAS SIKUMANA**

**Latar Belakang** :. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin dan tanpa ada penyulit. Berdasarkan data yang didapatkan di Puskesmas Sikumana Kota Kupang menunjukkan bahwa jumlah penanganan persalinan oleh bidan pada tingkat dasar (Puskesmas) meningkat yaitu dari tahun 2014 (200 orang) sedang tahun 2015 (285 orang).

**Tujuan** :Tujuan dari penulisan laporan tugas akhir ini untuk melaksanakan Asuhan kebidanan multipara intrapartal normal. Adapun beberapa tujuan khusus yaitu mampu melakukan asuhan 7 langkah varney yaitu melakukan pengkajian, menginterpretasikan data, menegakan masalah potensial, melaksanakan tindakan segera, merencanakan tindakan dalam asuhan, melaksanakan tindakan asuhan, mengevaluasi asuhan.

**Metodelogi Penelitian** : Dalam melakukan penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian deskriptif yaitu dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang Asuhan Kebidanan Multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana tanggal 22-25 Juli 2016 pada Ny. P.H Multipara yang inpartu dengan menggunakan teknik purposive sampling yaitu dengan cara memilih responden, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan peneliti.

**Pembahasan** :Hasil pemeriksaan menunjukan Ny. P. H. G3 P2 A0 AH2 Uk 39 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, letak kepala, intrauterine, presentasi kepala, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala II. Penanganan pada multipara dengan persalinan normal yaitu memberikan asuhan saying ibu, pemeriksaan dalam dan menolong persalinan sesuai 58 langkah APN.Pimpin persalinan selama 10 menit, pada pukul 00.15 wita bayi lahir spontan, menangis kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, letak belakang kepala, jenis kelamin lak-laki. Pukul 00.20 wita plasenta lahir spontan, selaput dan kotiledon lengkap, insersi lateralis, kontraksi uterus baik. Pemantauan dilakukan selama 2 jam postpartum kemudian ibu dipindahkan ke ruang nifas. Evaluasi bayi lahir normal, keadaan ibu dan bayi sehat, serta tidak terjadi komplikasi, sehingga antara teori dan praktek tidak ditemukan adanya kesenjangan.

**Simpulan dan saran** : Ibu dirawat dengan menggunakan manajemen varney. Ibu dirawat selama 2 hari dan dipulangkan pada tanggal 25 juli 2016. Pada akhir studi kasus semua diagnose bisa diatasi dan tidak terjadi komplikasi, sehingga ibu dan bayi pulang dalam keadaan sehat.

**Kata Kunci** :Asuhan Kebidanan, Multipara, Persalinan Normal



## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Multi para Intrapartal Normal di Puskesmas Sikumana tanggal 22 s/d 25 Juli 2016” dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Jeni Nurmawati, SST., M. Kes selaku pembimbing I dan Yohana F. L. Ladjar, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini dan Merry A. Giri S. Keb.Bd, selaku Penguji yang telah bersedia menguji penulis, serta mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang yang telah memperkenalkan saya untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan saya menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Ummu Zakiah, SST, M.Keb selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

4. Frida S. Pay, SST.,M.Kes wali kelas C yang selalu memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Para dosen Program Studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
6. Ny.P.H dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan Laporan Tugas Akhir.
7. Bapak Imanuel Littik dan ibu Javed M. Messakh tercinta atas dukungan serta semua keluargaku yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Kekasih tersayang Syamsudin Taher yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
9. Sahabat – sahabat tersayang Mini, Nona, Aty, Ima, Agnes, yang telah mendukung penulis dengan caranya masing-masing
10. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII Kebidananangkatan VI khususnya kelas C dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan kepada penulis dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Kupang, Juli 2016

Yulensi A. Littik

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Luar .....	i
Halaman Sampul Dalam dan Persyaratan Gelar .....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Lembar Riwayat Hidup .....	vi
Lembar Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak .....	viii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi .....	xi
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar Singkatan .....	xv
Daftar Lampiran.....	xviii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	5
1.3. Tujuan .....	5
1.3.1. Tujuan Umum .....	5
1.3.2. Tujuan Khusus .....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6

1.4.1. Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2. Manfaat Praktis .....	6
1.5. Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1. Persalinan Normal.....	8
2.2. Manajemen Kebidanan.....	81
2.3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal.....	86
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>112</b>
3.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian .....	112
3.2. Kerangka Kerja.....	113
3.3. Populasi, Sampel dan Sampling .....	114
3.4. Pengumpulan Data.....	116
3.5. Analisa Data .....	117
3.6. Etika Penelitian.....	121
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>124</b>
4.1. Hasil Penelitian.....	124
4.2. Pembahasan .....	151
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>159</b>
5.1. Simpulan .....	159
5.2. Saran .....	160
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
Tabel 2.1.	Penilaian dan intervensi selama kala I Dinilai pada setiap pemeriksaan dalam.....	60
Tabel 2.2.	Persalinan Kala I.....	62

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 2.1. Posisi Miring atau Lateral .....	52
	Gambar 2.2. Posisi Jongkok .....	52
	Gambar 2.3. Posisi Merangkak.....	53
	Gambar 2.4. Posisi Semi Duduk .....	54
	Gambar 2.5. Posisi Duduk .....	55
	Gambar 2.6 Posisi Berdiri .....	56
	Gambar 3.1. Kerangka Kerja Penelitian Pada Kasus.....	114

## DAFTAR SINGKATAN

APD	: Alat Pelindung diri
ANC	: Ante Natal Care
A 0	: Abortus (NoI)
AH	: Anak Hidup
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
C	: Celcius
CM	: Centimeter
Depkes	: Departemen Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi iTingkat Tinggi
GPA	: Gravida, Para, Abortus
H II	: Hodge II
HB	: Hemoglobin
HCG	: Hormon Corionik Gonadotropin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HTP	: Hari Tafsiran Persalinan
J	: Jernih
K	: Kering
KK	: Kantong Ketuban
KIE	: Konseling Informasi Edukasi
Kg	: Kilogram
KU	: Keadaan Umum

LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
LP	: Lingkar Perut
LD	: Lingkar Dada
LH	:Lahir Hidup
LM	: Lahir Mati
MG	: Miligram
MMHG	: Mili Meter Hidragium
MAK	: Manajemen Aktif Kala
M	: Mekonium
N	: Nadi
P	: Pernapasan
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBP	: Pintu Bawah Panggul
PX	: Proesus Xefodeus
PUKI	: Punggung Kiri
PUKA	: Punggung Kanan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RR	: Respiration Rate
SF	: Sulfas Ferosus
S	: Suhu
SDKI	: Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subjektif, Obyektif, Assesment, Planning
SPO	: Spesialis Penyakit Obstetri Ginekologi
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TB	: Tinggi Badan
TP	: Tafsiran Partus
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda-Tanda Vital



TH	: Turun Hodge
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
UK	: Usia Kehamilan
U	: Utuh
VT	: Vaginal Toucher
WHO	: World Health Organisation

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran1. Asuhan Kebidanan Intrapartal

Lampiran2. Partograf

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 LATAR BELAKANG**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit (Dewi, dkk. 2012). Peristiwa persalinan dipandang sebagai proses fisiologis dimana sebagian besar perempuan akan mengalaminya, tetapi dapat terjadi komplikasi yang tidak diharapkan sehingga diperlukan antispasi yang tepat dari penolong untuk mengambil keputusan (K.Deswani, 2010). Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir. Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal, (Prawirohardjo, 2008).

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) akibat persalinan di Indonesia yaitu 208

per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 26 per 1000 kelahiran hidup (KemenkesRI,2013). Data hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 menunjukkan Nusa Tenggara Timur (NTT) pada tahun 2013 menunjukkan angka kematian ibu akibat persalinan 177 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 14 per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab tingginya angka kematian ibu antara lain terlalu muda atau tua saat melahirkan, tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur dan banyaknya persalinan bukan ditolong oleh tenaga profesional.

Penyebab utama kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada kehamilan (37%) dan anemia pada kehamilan (40%) (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2013).

Puskesmas Sikumana adalah puskesmas PONED (Penanganan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar) yang memiliki fasilitas klinik bersalin. Buku register rawat inap Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 263 persalinan, pasien yang dirujuk sebanyak 93. Dengan indikasi riwayat SC (1), hipertensi (11), ketuban pecah dini (22), pre eklampsia berat (12), letak lintang (1), plasenta previa (3), retensio plasenta (2), gawat janin (5), suspek abortus (6), letak bokong (5), serotinus (1), premature (3), gemeli (4),

anemia (1), bayi besar (1), kala 2 memanjang (9), asfiksia (1) dan BBLR (5).

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengurangi angka kematian tersebut diatas adalah asuhan persalinan yang baik dimana persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Faktor lain yang dapat mengurangi angka kematian maternal yaitu akses ke tempat pelayanan kesehatan terjangkau dan fasilitas kesehatan yang memadai (Reeves,2010). Sebagai langkah strategis dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), Indonesia pun melakukan upaya peningkatan kualitas kesehatan di Indonesia dan upaya pencapaian komitmen Sustainable Development Goals (SDGs) dimana diharapkan pada tahun 2030 dapat mengurangi angka kematian ibu hingga dibawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup.

Propinsi NTT sendiri melalui Pergub. NTT No.42 Tahun 2009 telah membuat Kebijakan tentang Revolusi Kesehatan Ibu dan Anak (Revolusi KIA) dengan mottonya semua ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan yang memadai, dengan capaian indikator diantaranya adalah menurunnya peran dukun dalam menolong persalinan atau meningkatkan peran tenaga kesehatan yang terampil dalam menolong persalinan yang aman sesuai dengan prosedur Asuhan Persalinan Normal. Fasilitas kesehatan yang memadai ini

harus didukung 6 aspek. Dari 6 aspek, Aspek Sumber Daya Manusia (Bidan) harus memenuhi jumlah dan kompetensi pelatihan yang dimiliki sesuai standar. Disamping itu juga sarana/gedung juga menjadi perhatian. Oleh karena itu pemerintah selalu memperluas akses sarana, pelayanan, serta menambah tenaga kesehatan dengan menempatkan bidan-bidan di desa dan pemenuhan tenaga bidan di setiap puskesmas menjadi minimal 5 tenaga. Hal ini sesuai dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014 yang telah ditetapkan dalam Perpres No.5 tahun 2010 yaitu meningkatkan pengembangan dan pembangunan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.

Semua individu mempunyai resiko atau potensial terjadinya patologis. Agar dapat memberikan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas, dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil juga didukung tersedianya sarana dan prasarana yang memadai. Salah satu upayanya yaitu dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas kesehatan dalam menolong persalinan berdasarkan konsep asuhan persalinan normal. Asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir, serta upaya pencegahan komplikasi, terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir. Dengan adanya program pelayanan kesehatan maternal dan neonatal ini, diharapkan tenaga kesehatan dapat lebih

meningkatkan ketrampilannya sehingga dapat meningkatkan penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi (Rohani, 2011). Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Kebidanan pada multipara intrapartal normal di puskesmas sikumana”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Dari data latar belakang di atas maka dapat diambil rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana?”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Tujuan umum studi kasus ini adalah untuk melaksanakan Asuhan kebidanan multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana .

### **1.3.2 Tujuan khusus**

Adapun tujuan khusus dalam pembuatan karya tulis ini, yaitu penulis:

- a. Mampu melakukan pengkajian data pada multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana.
- b. Mampu menginterpretasikan data untuk menegakkan diagnosa/msalah actual pada multipara intraparta Inormal di Puskesmas Sikumana.

- c. Mampu menegakan masalah potensial multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana.
- d. Mampu melaksanakan tindakan segera dan kolaborasi pada multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana.
- e. Mampu merencanakan tindakan dalam asuhan kebidanan pada multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana.
- f. Mampu melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana.
- g. Mampu mengevaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada multipara intrapartal normal di Puskesmas Sikumana.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan studi kasus berikutnya.

##### **1.4.2 Manfaat praktis**

- a. Bagi penulis

Dapat menambah ilmu pengetahuan bagi penulis dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan partus normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan studi kasus berikut.



b. Bagi profesi

Sebagai salah satu masukan bagi organisasi profesi bidan upaya pelayanan proses persalinan. Menambah keterampilan bagi bidan yang memberikan pelayanan kesehatan, konseling dan dukungan pada ibu bersalin dengan partus normal.

c. Bagi Institusi

Sebagai bahan informasi yang dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkan.

## 1.5 Sistematika Penulisan

**BAB I PENDAHULUAN** Berisi uraian tentang (1) Latar Belakang, (2) Rumusan Masalah, (3) Tujuan Penulisan, (4) Manfaat Penulisan, (5) Sistematika Penulisan

**BAB II TINJAUAN TEORITIS** Berisi uraian tentang teori persalinan normal.

**BAB III TINJAUAN KASUS** Berisi Uraian Tentang (1) Pengkajian, (2) Analisa Masalah Dan Diagnosa, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, (7) Evaluasi

**BAB IV PEMBAHASAN** Berisi Uraian Tentang (1) Pengkajian, (2) Analisa Masalah Dan Diagnosa, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, (7) Evaluasi

**BAB V PENUTUP** berisi uraian tentang (1) Kesimpulan, (2) Saran

**DAFTAR PUSTAKA**

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Persalinan Normal**

##### **2.1.1 Pengertian**

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), dan bersifat spontan, kurang dari 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Yongki, dkk, 2012).

Persalinan normal (spontan) adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Asrinah dkk, 2010). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik itu ibu maupun janin (Nurasiah, 2012).

Persalinan atau kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi karena cukup bulan (36-42 minggu) dan bersifat spontan kurang dari 18 jam tanpa ada faktor dan komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Yongky, dkk. 2012).

Persalinan normal yaitu proses pengeluaran buah kehamilan cukup bulan yang mencakup pengeluaran bayi, plasenta, dan selaput

ketuban, dengan presentasi kepala (posisi belakang kepala), dari rahim ibu melalui jalan lahir (baik jalan lahir lunak maupun kasar), dengan tenaga ibu sendiri (Widia,2015).

### **2.1.2 Tujuan Asuhan Persalinan**

Tujuan asuhan persalinan normal menurut Widia (2015) yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan-pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Praktik pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal menurut (Widia,2015) yaitu:

1. Mencegah infeksi konsisten dan sistematis
2. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf.
3. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan,persalinan dan nifas
4. Menyiapkan rujukan ibu bersalin atau bayinya
5. Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya

6. Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin
7. Mengasuh bayi baru lahir
8. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayinya
9. Mengajarkan ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayinya
10. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan

### **2.1.3 Jenis-jenis persalinan**

Menurut Nurasiah (2012) persalinan di bedakan dalam 2 jenis yaitu:

1. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan
  - a. Persalinan spontan  
Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
  - b. Persalinan buatan  
Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps, atau dilakukan operasi section caesarea.
  - c. Persalinan anjuran  
Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan (Nurasiah, 2012).

## 2. Jenis persalinan menurut usia kehamilan

- a. Abortus
- b. Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram.
- c. Partus immature  
Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.
- d. Partus premature  
Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan < 37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.
- e. Partus matur dan partus aterm  
Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.
- f. Partus serotinus atau partus post matur  
Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu

### 2.1.4 Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Widia (2015), Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

1. Penurunan hormon *progesterone*

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. (Obstetri Fisiologi).

2. Keregangan otot-otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi atau mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

3. Peningkatan hormon oksitosin

Hormon oksitosin bertambah pada akhir kehamilan sehingga dapat menimbulkan his.

4. Pengaruh janin

*Hypofise* dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi *myometrium* pada setiap umur kehamilan.

## 6. Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar *progesteron* dan *esterogen* menurun.

### 2.1.5 Tahapan persalinan ( Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV )

#### 1. Kala 1 (pembukaan)

Menurut Nurasiah (2012) Inpartu di tandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler disekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka. Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala 1 di bagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif

a. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam

b. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan di bagi dalam 3 subfase :

1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 3-4 cm.

- 2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi: pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. His tiap 3-4 menit selama 45 detik. Fase-fase tersebut di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.

## 2. Kala II Persalinan

Persalinan pada kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut kala pengeluaran bayi (Nurasiah, 2012). Tanda pasti kala II di tentukan melalui pemeriksaan yang hasilnya adalah:

- a. Pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm)
- b. Terlihat bagian dikepala bayi melalui introitus vagina



Kala pengeluaran. Kala atau fase yang dimuai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka lengkap janin akan segera keluar: His 2-3 x/ menit lamanya 20-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitudo 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 20-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his (Widia, 2015).

### 3. Kala III

Persalinan kala III di mulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri

(Nurasiah, 2012). Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. (Kuswanti.2014:119)

#### 4. Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir dengan sampai 2 jam post partum. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV (Kuswanti.2014) :

- a. Tingkat kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadi perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc

### 2.1.6 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Nurasiah (2012) tanda-tanda persalinan meliputi:

#### 1. *Lightening*

Pada minggu ke 36 pada *primigravida* terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang di sebabkan oleh:

- a. Kontraksi *Braxton hick*
- b. Ketegangan otot
- c. Ketegangan ligamentum
- d. Gaya berat janin kepala kearah bawah

#### 2. Makin tua usia persalinan, pengeluaran *progesteron* dan *esterogen* semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering di sebut his palsu. Sifat his palsu:

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b. Datangnya tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan serviks
- d. Durasinya pendek
- e. Tidak bertambah jika beraktivitas

Menurut bagian obstetric fisiologi (1983) tanda – tanda persalinan yaitu:

#### 1) Terjadi his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan
  - b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
  - c) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
  - d) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah
- 2) *Bloody show* (keluarnya lendir bercampur darah dari vagina).

Saat his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

### 3) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

## 2.1.7 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

### 1. Power (tenaga yang mendorong anak)

Power atau tenaga yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot – otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament (Kuswanti.2014).

a. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

1) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.

His ini tidak teratur dan menyebabkan nyeri perut bagian bawah dan lipat paha tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila dibawa berjalan, malahan sering berkurang (Bagian Obstetri Fisiologi).

2) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Walaupun his itu suatu kontraksi dari otot – otot rahim yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri.

Kontraksi rahim bersifat berkala dan harus diperhatikan ialah: (a). lamanya kontraksi: kontraksi berlangsung 45 detik sampai 75 detik. (b). kekuatan kontraksi: menimbulkan naiknya tekanan intrauterine sampai 35 mmHg. Kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari penolong dapat menekan dinding rahim ke dalam. (c). interval antara dua kontraksi: pada permulaan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

Menurut faalnya his persalinan Terdiri dari: his pembukaan (his yang menimbulkan pembukaan serviks), his pengeluaran (his yang mendorong janin keluar), dan his pelepasan uri.

b. Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot – otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.

## 2. Passage (panggul)

Menurut Dwi Asri dan Cristine Clervo (2012):

a. Bagian bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah panggul:

1) Dua *os coxae*: *Os ischium*, *Os pubis*, *Os sacrum*, *Os illium*.

2) *Os cossygis*

*Pelvis mayor* disebelah atas *pelvis minor*, superior dari *linea terminalis*. Fungsi obsteriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

b. Bagian-bagian pelvis minor

*Pelvis minor* dibagi 3 bagian: Pintu atas panggul/PAP, *Cavum pelvis*, Pintu bawah panggul.

c. Bidang panggul.

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

- 1) Pintu Atas Panggul.
- 2) Bidang terbesar pada cavum pelvis
- 3) Bidang terkecil pada cavum pelvis
- 4) Pintu Bawah Panggul.

3. **Passager**

Menurut Rohani (2011) hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari passage yaitu:

- a. Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- b. Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- c. Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- d. DJJ mulai terdengar minggu 18/10
- e. Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- f. Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram.
- g. Janin cukup bulan, lingkaran kepala dan bahu hampir sama, hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage.

h. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

- 1) Presentasi kepala (*vertex*, muka dan dahi)
- 2) Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
- 3) Presentasi bahu (letak lintang)

i. Sikap janin.

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi.

j. Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- 1) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang
- 2) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
- 3) Bagian panggul ibu : depan, belakang

k. Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

### **2.1.8 Mekanisme persalinan normal**

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan menurut Hidayat (2012)



## 1. Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid.

Masuknya kepala:

- a. Pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan
- b. Pada multi terjadi pada permulaan persalinan

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/ membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/ posterior). Masuknya kepala ke dalam PAP, dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/ SS melintang. Bila SS di tengah-tengah jalan lahir: sinklitismus. Bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir: asinklitismus. Asinklitismus posterior: SS mendekati simfisis. Asinklitismus anterior: SS mendekati promontorium.

## 2. Descent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his

dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

### **3. Flexion**

Pada umumnya terjadi flexi penuh/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul, membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmantikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala, fleksi bertambah, ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito bregmantika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/ dasar panggul.

### **4. Internal rotation**

Rotasi interna (putaran paksi dalam): selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- a. Ada his selaku tenaga/ gaya pemutar
- b. Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turn lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis

- 1) Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- 2) Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- 3) Tidak terjadi sebelum sampai Horge III
- 4) Sebab-sebab putaran paksi dalam:
  - (a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah
  - (b) Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis)
  - (c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul, diameter anteroposterior

## **5. Extension**

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini

kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas, resultantenya kekuatan ke depan atas.
- c. Pusat pemutar: hipomoklion
- d. Ekstensi terjadi sesuatu kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

## 6. External rotation

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong, dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir, memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi)
- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak, putaran paksi luar sebenarnya
- c. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP

- d. Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang
- e. Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak.

## 7. **Ekspulsi**

Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak: badan (toraks, abdomen) , dan lengan, pinggul/ trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.

### 2.1.9 **Perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan**

Menurut Varney (2008):

#### 1. **Perubahan fisik dan psikologi pada ibu bersalin kala I**

##### a. **Perubahan fisik pada ibu bersalin kala I**

- 1) Perubahan pada uterus dan jalan lahir dalam persalinan yang meliputi:

- a) **Perubahan keadaan segemen atas dan bawah rahim pada persalinan:**

- (1) Pada kehamilan lanjut, uterus terdiri atas dua bagian yaitu segemen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh corpus uteri dan segemen bawah rahim (SBR) yang dibentuk oleh istmus uteri.
- (2) Kontraksi otot rahim mempunyai sifat yang khas yaitu:

- (a) Setelah kontraksi maka otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi (Retraksi)
- (b) Kontraksi tidak sama kuatnya, tapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur-angsur berkurang ke bawah dan paling lemah egemen bawah rahim (SBR)
- (c) Sebagian dari isi rahim keluar dari segmen atas dan diterima oleh segmen bawah
- (d) Jadi, segmen atas makin lama makin mengecil sedangkan segmen bawah makin regang dan makin tipis dan isi rahim sedikit demi sedikit pindah ke segmen bawah.
- (e) Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis, maka batas antara segmen atas dan bawah menjadi jelas dan akan membentuk lingkaran retraksi yang fisiologis.
- (f) Kalau segmen bawah sangat diregang maka lingkaran retraksi lebih jelas dan naik mendekat pusat dan akan membentuk lingkaran retraksi yang patologis atau lingkaran band.

b) Perubahan pada bentuk rahim

- (1) ada tiap kontraksi sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang maupun muka belakang berkurang
- (2) Hal di atas dapat terjadi karena ukuran melintang berkurang, artinya tulang punggung menjadi lebih lurus dan dengan demikian kutub atas anak tertekan pada fundus sedangkan kutub bawah ditekan kedalam PAP.

c) Perubahan pada serviks

- (1) Agar bayi dapat keluar dari rahim maka perlu terjadi pembukaan dari serviks
- (2) Pembukaan dari serviks ini biasanya didahului oleh pendataran dari serviks
- (3) Pendataran serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis, berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis
- (4) Pembukaan dari serviks adalah pembesaran dari OUE yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui anak kira-kira 10 cm diameter

2) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

- a) Dalam kala I ketuban ikut meregangkan bagina atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui oleh anak
- b) Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding yang tipis
- c) Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.

3) Perubahan pada tekanan darah

- a) TD meningkat selama kontraksi, sistolik rata-rata naik 15 (10-20) mmHg. Diastole (5-10 mmHg). Antara kontraksi, TD kembali normal pada level sebelum persalinan
- b) Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan TD
- c) Ada beberapa faktor yang mengubah TD ibu. Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer. Timbul tahanan perifer; TD meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat. Wanita yang memiliki



resiko hipertensi kini risikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak.

4) Perubahan pada sistem metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara berangsur. Ditandai dengan peningkatan suhu, nadi, kardiac output, penapasan, dan cairan yang hilang. Peningkatan metabolisme disebabkan karena kecemasan, dan aktivitas otot skeletal.

5) Perubahan pada suhu tubuh

- (a) Meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan
- (b) Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi  $0,5-1^{\circ}\text{C}$ .

6) Perubahan pada detak jantung

- (a) Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi
- (b) Antara kontraksi sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan

Ibu harus diberitahu bahwa ia tidak boleh melakukan manuver Valsalva (menahan napas dan menegakkan otot abdomen) untuk mendorong

selama tahap kedua. Aktivitas ini meningkatkan tekanan intratoraks, mengurangi aliran balik vena dan meningkatkan tekanan vena. Curah jantung dan TD meningkat, sedangkan nadi melambat untuk sementara. Selama ibu melakukan manuver valsava janin dapat mengalami hipoksia. Proses ini pulih kembali saat wanita menarik napas.

7) Perubahan pada sistem pernapasan

- (a) Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan dianggap normal
- (b) Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis. Sistem pernapasan juga beradaptasi. Peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernapasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), pada tahap kedua persalinan. Kecemasan juga meningkatkan pemakaian oksigen.

## 8) Perubahan pada sistem renal (ginjal)

### (a) Poliuria

Peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal.

### (b) Proteinuria yang sedikit dianggap biasa

Pada trimester kedua, kandung kemih menjadi organ abdomen. Selama persalinan wanita dapat mengalami kesulitan untuk berkemih secara spontan akibat berbagai alasan: edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, dan rasa malu. Proteinuria +1 dapat dikatakan normal dan hasil ini merupakan respons rusaknya jaringan otot akibat kerja fisik selama persalinan. Poliuria sering terjadi selama persalinan mungkin disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

## 9) Perubahan pada sistem gastrointestinal

### (a) Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat berkurang

### (b) Pengurangan getah lambung berkurang

### (c) Pengosongan lambung menjadi sangat lambat

(d) Mual muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I

10) Perubahan pada sistem hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/ 100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

b. Perubahan psikologi pada persalinan kala I

- 1) Memperlihatkan ketakutan atau kecemasan, yang menyebabkan wanita mengartikan ucapan pemberi perawatan atau kejadian persalinan secara pesimistik atau negative
- 2) Mengajukan banyak pertanyaan ataua sangat waspada terhadap sekelilingnya
- 3) Memperlihatkan tingkah laku sangat membutuhkan
- 4) Memperlihatkan tingkah laku minder, malu atau tidak berharga
- 5) Memperliatkn reaksi keras terhadap kontraksi ringan atau terhadap pemeriksaan
- 6) Menunjukkan ketegangan otot dalam derajat tinggi
- 7) Tampak menuntut, tidak mempercayai, marah atau menolak terhadap para staf

- 8) Menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk mengontrol tindakan pemberi perawatan
- 9) Tampak lepas kontrol dalam persalinan (saat nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panik, menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu)
- 10) Merasa diawasi
- 11) Merasa dilakukan tanpa hormat
- 12) Respons melawan atau menghindar yang dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan dan distress lainnya.

## **2. Perubahan fisiologis dan psikologis kala II**

### **a. Perubahan fisiologi pada kala II**

#### **1) Tekanan darah**

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mengedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

## 2) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mengedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

## 3) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mengedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

## 4) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

## 5) Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

## 6) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju

filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney, 2008).

#### 7) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

#### 8) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Fraser, 2009). Kontraksi menjadi ekspulsif pada saat janin turun lebih jauh kedalam vagina. Tekanan dan bagian janin yang berpresentasi menstimulasi reseptor saraf di dasar pelvik (hal ini disebut reflek ferguson) dan ibu mengalami

dorongan untuk mengejan. Refleks ini pada awalnya dapat dikendalikan hingga batas tertentu, tetapi menjadi semakin kompulsif, kuat, dan involunter pada setiap kontraksi. Respon ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot abdomen dan diafragma (Fraser, 2009).

#### 9) Pergeseran jaringan lunak

Saat kepala janin yang keras menurun, jaringan lunak pelvis mengalami pergeseran. Dari anterior, kandung kemih terdorong keatas kedalam abdomen tempat risiko cedera terhadap kandung kemih lebih sedikit selama penurunan janin. Akibatnya, terjadi peregangan dan penipisan uretra sehingga lumen uretra mengecil. Dari posterior rektum menjadi rata dengan kurva sakrum, dan tekanan kepala menyebabkan keluarnya materi fekal residual. Otot levator anus berdilatasi, menipis, dan bergeser kearah lateral, dan badan perineal menjadi datar, meregang dan tipis. Kepala janin menjadi terlihat pada vulva, maju pada setiap kontraksi, dan mundur diantara kontraksi sampai terjadinya *crowning* (Fraser, 2009).



#### 10) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama paska partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Varney, 2008).

#### b. Perubahan Psikologis pada Kala II

- 1) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- 2) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.

- 3) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.
- 4) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan “terasa lega”. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mencedan, yaitu *exhaustion*, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat. Ibu merasa dirinya stress dengan ketidaknyamanan panggul ibu karena terdesak oleh kepala janin. Ibu akan panik jika janinnya tidak segera keluar dan takut persalinannya lama.

### **3. Perubahan fisiologis dan psikologis kala III**

#### **a. Perubahan fisiologis pada kala III**

- 1) Perubahan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Ambarwati, 2010). Otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti

penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

## 2) Perubahan Serviks

Setelah selesainya kala III persalinan serviks dan segmen bawah uteri dan menjadi struktur yang tipis kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat di masuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah terjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah minggu pertama servik mendapatkan kembali tonus nya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal tertutup.

## 3) Perubahan Kardiovaskuler

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

#### 4) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan sistolik dan distolik mulai kembali keningkat sebelum persalian. Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan takanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemorhage uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia (Maryunani,2009).

#### 5) Perubahan Nadi

Nadi >100 x/mnt, nadi secara bertahap kembali keningkat sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerpurium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat (Varney,2007)

#### 6) Perubahan Suhu

Suhu tidak lebih dari 37,5°. Suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan

proses infeksi atau dehidrasi. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2008).

#### 7) Perubahan Pernafasan

Pernapasan kembali normal, pada peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok atau ansietas. Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Maryunani, 2009).

#### 8) Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan. Kenaikan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernafasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing.

#### 9) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik

terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

#### 10) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

#### 11) Perubahan Gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2007).

#### 12) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

#### 4. Perubahan Psikologis pada Kala III

- a. Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
- b. Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- c. Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d. Menaruh perhatian terhadap plasenta

#### 1. Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

##### a) Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

##### b) Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan

terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

c) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servik vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu.



Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II. Memijat fundus seperti memeras untuk mempercepat pelepasan plasenta tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan kemungkinan masuknya sel janin ke dalam sirkulasi ibu. Setelah kelahiran plasenta perhatian harus ditujukan pada setiap perdarahan rahim yang dapat berasal dari tempat implantasi plasenta. Kontraksi uterus yang mengurangi perdarahan ini dapat dilakukan dengan pijat uterus dan penggunaan oksitosin. Dua puluh unit oksitosin rutin ditambahkan pada infus intravena setelah bayi dilahirkan. Plasenta harus diperiksa untuk memastikan kelengkapannya. Kalau pasien menghadapi perdarahan masa nifas (misalnya karena anemia, pemanjangan masa augmentasi, oksitosin pada persalinan, kehamilan kembar atau hidramnion) dapat diperlukan pembuangan plasenta secara manual, eksplorasi uterus secara manual atau kedua-duanya.

- d) Pemantauan dan evaluasi lanjut
  - (1) Pemantauan tanda-tanda vital
  - (2) Kontraksi uterus harus baik
  - (3) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.

- (4) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
- (5) Kandung kencing harus kosong
- (6) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
- (7) Keadaan bayi
- (8) Keadaan ibu

#### **2.1.10 Persiapan Asuhan Persalinan Normal**

Menurut Wiknjosastro, dkk ( 2008)

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Dimanapun persalinan terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut :

- a. Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
- b. Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- c. Air desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
- d. Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan

ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.

- e. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
  - f. Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
  - g. Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
  - h. Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
  - i. Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
  - j. Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- a. Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
  - b. Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
  - c. Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk

melakukan penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.

3. Persiapan rujukan.

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

4. Memberikan asuhan sayang ibu.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :

a) Memberikan dukungan emosional

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan

persalinan dengan operasi. Kebanyakan ibu bersalin sulit mengemukakan pertanyaan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran penolong pendamping memungkinkan ibu bersalin untuk memiliki rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya langsung atau melalui pendamping tersebut.

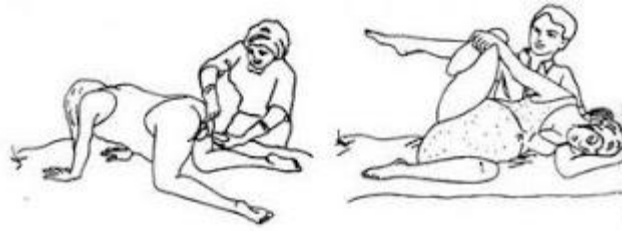
Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, atau keluarga, atau seorang pilihan ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Anjurkan ibu untuk ditemani oleh suami, anggota keluarga atau teman yang diinginkan selama proses persalinan, mengajurkan mereka untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

b) Membantu pengaturan posisi ibu pada saat meneran.

1) Posisi Miring atau Lateral.

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan

juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan :

- a) Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring ke kiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- b) Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
- c) Mencegah terjadinya laserasi (Sulistyawati, dkk, 2010 :105).

## 2) Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2007 : 82).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

Keuntungan :

- a) Memperluas rongga panggul, diameter tranversa bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
  - b) Persalinan lebih mudah.
  - c) Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
  - d) Mengurangi trauma pada perineum. (Rohani , dkk , 2011 : 50)
- d) Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007 : 82)



Gambar 2.3 Posisi Merangkak

Keuntungan :

- a. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
  - b. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
  - c. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
  - d. Peregangan minimal pada perineum (Sulistyawati, dkk, 2010 : 105).
- e) Posisi Semi Duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk, 2011 : 52).



Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk



Keuntungan :

- a) Memudahkan melahirkan kepala bayi.
- b) Membuat ibu nyaman.
- c) Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.
- f) Posisi duduk

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.



Gambar 2.5: Posisi duduk atau setengah duduk.

Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

- a) Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- b) Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
- c) Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011 : 53).

g) Posisi berdiri

Menurut Rohani (2011:53) menyatakan bahwa pada posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya.



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

- a) Memanfaatkan gaya grafitasi.
  - b) Memudahkan melahirkan kepala.
  - c) Memperbesar dorongan untuk meneran (Rohani , dkk , 2011 : 145).
- a) Memberikan cairan dan nutrisi
- makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan / atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.
- b) Pencegahan infeksi.
- Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

## 8. Persiapan Alat/Bahan.

### SAF I

- a) Partus : 1 set
- b) Mono aural : 1 buah
- c) Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1  
½, ergometrin 1 ampul (0,2 mg)
- d) Sruit 3 Cc/5 Cc : 3 Pcs/1 Pcs
- e) Jarum Catgut Chromic : 1
- f) Kom Kapas Kering
- g) Kom Air DTT
- h) Betadine.
- i) Klorin Spray
- j) Hand Sanitizer
- k) Bengkok : 2
- l) Lampu sorot : 1
- m) Bak berisi : Kasa DTT, Kateter DTT, Sarung tangan  
DTT.
- n) Pita ukur
- o) Salep mata.

### SAF 2

- a) Hecting set
- b) Penghisap lender
- c) Tempat plasenta

- d) Tempat klorin untuk sarung tangan
- e) Tempat spuit bekas
- f) Tempat ampul bekas
- g) Tensi meter/stetoskop/thermometer : 1/1/1

#### SAF 3

- a) Cairan RL : 3
- b) Abbocath No. 16-18
- c) Infuse set
- d) Celemek
- e) Waslap
- f) Sarung tangan steril
- g) Plastik merah
- h) Plastik kuning
- i) Plastik hitam
- j) Handuk
- k) Duk
- l) Kain bedong
- m) Baju/topi/popok bayi
- n) Kacamata
- o) Masker.

### **2.1.11 Menolong persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal**

#### **a. Kala I**

Tatalaksana kala I (Poedji Rochjati, 2013):

- 1) Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu
- 2) Jika ibu tampak gelisah/ kesakitan:
  - a. Biarkan ia bergantian posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri
  - b. Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya
  - c. Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu
  - d. Ajari teknik bernapas
- 3) Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu
- 4) Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/ besar
- 5) Jaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan 25°C dan semua pintu serta jendela harus tertutup
- 6) Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi
- 7) Sarankan ibu berkemih sesering mungkin

8) Pantau parameter berikut secara rutin dengan menggunakan partograf

Tabel 2.1 Penilaian dan intervensi selama kala I \*Dinilai pada setiap pemeriksaan dalam

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu tiap 4 jam	Tiap 2 jam	
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut janjang janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi tiap 1 jam	Tiap 30 menit	
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Penurunan kepala	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*

Warna	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
cairan		
amnion		

*(Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar  
Dan Rujukan, 2013)*

9) Pasang infus intravena untuk pasien dengan

(poedji,Rochjati,2013))

- a. Kehamilan lebih dari 5
- b. Hemoglobin  $\leq 9$  g/dl tu hemtokrit  $\leq 27\%$
- c. Riwayat gangguan perdarahan
- d. Sungsang
- e. Kehamilan ganda
- f. Hipertensi
- g. Persalinan lama

10) Isi dan letakkan partograf di samping tempat tidur atau di  
dekat pasien

11)Persipan rujukan jika terjadi komplikasi

Tabel 2.2 yang harus diperhatikan dalam persalinan kala I

Kemajuan	Tanda dan gejala	Keterangan
Persalinan	Kontraksi tidak progresif teratur	Tatalaksana persalinan lama
	Kecepatan pembukaan serviks $\leq 1$ cm/ jam	
	Serviks tidak dipenuhi bagian bawah janin	
Kondisi ibu	Denyut nadi meningkat	Kemungkinan
	Tekanan darah turun	dehidrasi atau
	Terdapat aseton urin	kesakitan
		Nilai adakah perdarahan
		Curiga asupan nutrisi kurang, beri dekstrosa IV bila perlu
Kondisi bayi	Denyut jantung $< 100$ atau $> 180$ / menit	Curiga kemungkinan
	Posisi selain oksiput	gawat janin



anterior dengan fleksi  
sempurna

*(Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan, 2013)*

- b. Tatalaksana pada kala II, III, dan IV tergabung dalam 58 langkah APN yaitu (Poedji, Rochjati, 2013):
  - a. Mengenali tanda dan gejala kala dua
    - 1) Memeriksa tanda berikut:
      - (a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
      - (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan / atau vaginanya
      - (c) Perineum menonjol dan menipis
      - (d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
    - b. Menyiapkan pertolongan persalinan
      - 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial.
        - (a) Klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril/ DTT siap dalam wadahnya
        - (b) Semua pakaian, handuk, selimut, dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat
        - (c) Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan termometer dalam kondisi baik dan bersih
        - (d) Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set/ wadah DTT

- (e) Untuk resusitasi: tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat, 3 handuk, atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi
  - (f) Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infus.
- 3) Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kacamata
  - 4) Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih
  - 5) Pakai sarung tangan steril/ DTT untuk pemeriksaan dalam
  - 6) Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/ wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit.
- c. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kpas atau kasa yang dibasahi air DTT
  - 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila

selaput ketuban belum pecah, dengan syarat: kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam alam larutan clorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.

10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

d. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran

11) Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik

12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran

(a) Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman

(b) Anjurkan ibu untuk cukup minum

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

(a) Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai

(b) Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai

14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

e. Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi

15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi

16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu

17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

f. Membantu lahirnya kepala

19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Sementara tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala

20) Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi. Jika lilitan pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting diantaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.

21)Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, pegang secara spontan

g. Membantu lahirnya bahu

22)Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi

(a) Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis.

(b) Gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

h. Membantu lahirnya badan dan tungkai

23)Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24)Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki bayi. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

i. Penanganan bayi baru lahir

25) Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk menilai apakah ada asfiksia bayi:

- (a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- (b) Apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap?
- (c) Apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif?

26) Bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu

- (a) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
- (b) Ganti handuk basah dengan handuk yang kering
- (c) Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu

27) Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uteri (hamil tunggal)

j. Manajemen aktif kala III

28) Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin). Bila tidak ada oksitosin: rangsang puting payudara ibu atau minta ibu menyusui untuk menghasilkan oksitosin alamiah; beri ergometrin 0,2 mg IM. Namun TIDAK BOLEH diberikan pada pasien preeklamsia, eklamsia, dan hipertensi karena dapat memicu terjadi penyakit serebrovaskuler.

30) Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus, lakukan sesegera mungkin) dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Potong dan ikat tali pusat

(a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil lindungi perut bayi).

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%

- 32) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- 33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi
- 34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kraniol secara hati-hati, untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk menstimulasi puting susu. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kraniol hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik



tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial.

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat

(c) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM

(d) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

(e) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

(f) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

(g) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir

(h) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual

38) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

k. Menilai perdarahan

40) Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh

41) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif

l. Melakukan asuhan pasca persalinan (kala IV)

42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

43) Mulai IMD dengan memberikan cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu minimal 1 jam)

44) Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai:

(a) Timbang dan ukur bayi

(b) Beri bayi salep mata atau tetes mata antibiotik profilaksis (tetrasiklin 1% atau antibiotik lain)

(c) Suntikan vitamin K1 1 mg (0,5 mg untuk sediaan 2mg/ml) IM di paha kiri anterolateral bayi

(d) Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5-37,5°C)

(e) Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/ langit-langit sumbing, atresia ani, defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.

- 45) Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral bayi
- 46) Lanjutkan pemantauan kondisi dan pencegahan perdarahan pervaginam
  - (a) Setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascasalin
  - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascasalin
  - (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascasalin
  - (d) Lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik
- 47) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harus memanggil bantuan medis
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 49) Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit jam kedua pascasalin
- 50) Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit) serta suhu tubuh normal
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 53) Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 54) Pastikan ibu merasa nyaman
- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 56) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selma 10 menit
- 57) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handul bersih dan kering
- 58) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV

#### **2.1.12 Partograf**

##### **1. Menggunakan partograf**

Menurut JNPK-KR (2007) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dan penggunaan partograf adalah untuk:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam

- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya patas lama.

## 2. Waktu penggunaan partograf

- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran

## 3. Pencatatan selama fase laten persalinan

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkani secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau pada Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat.

## 4. Kondisi ibu dan bayi yang harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

- a. Denyut jantung janin
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus
- c. Nadi
- d. Pembukaan serviks
- e. Penurunan
- f. Tekanan darah dan temperatur tubuh

g. Produksi urin, aseton, dan protein

Jika ditemukan tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan janin dilakukan harus lebih sering.

5. Pencatatan pada halaman depan partograf selama fase aktif

a. Informasi tentang ibu:

- 1) Nama, umur
- 2) Gravida, para, abortus
- 3) Nomor catatan medis/ nomor puskesmas
- 4) Tanggal dan waktu mulai dirawat
- 5) Waktu pecahnya selaput ketuban

b. Kondisi janin:

- 1) DJJ
- 2) Warna dan adanya air ketuban
- 3) Penyusupan (molase) kepala janin

c. Kemajuan perslalinan

- 1) Pembukaan serviks
- 2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
- 3) Garis waspada dan garis bertindak

d. Jam dan waktu

- 1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
- 2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

e. Kontraksi uterus

Frekuensi dan lamanya

- f. Obat-obatan dan cairan yang diberikan
    - 1) Oksitosin
    - 2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
  - g. Kondisi ibu
 

Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh, urin
  - h. Asuhan , pengamatan, an keputusan klinik lainnya.
6. Mencatat temuan pada partograf
- a. Informasi tentang ibu
  - b. Kesehatan dan kenyamanan janin
    - 1) DJJ
 

Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160.
    - 2) Warna dan adanya air ketuban
 

Gunakan lambang-lambang berikut:

U: ketuban utuh (belum pecah)

J: ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D: ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K: ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering

### 3) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Gunakan lambang-lambang berikut:

0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

3: tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

### c. Kemajuan persalinan

#### 1) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dan setiap pemeriksaan. Tanda X harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada.

#### 2) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian



terbawah/ presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm.

3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm/ jam. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm/ jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit, pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d. Kontraksi uterus

Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- 1) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- 2) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik

- 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

e. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

- 1) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit

- 2) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/ cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya

f. Kesehatan dan kenyamanan ibu

Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh, volume urin, protein atau aseton dipantau berdasarkan waktunya.

g. Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya

Mencakup:

- 1) Jumlah cairan per oral yang diberikan
- 2) Keluhan sakit kepala atau penglihatan
- 3) Konsul dengan penolong persalinan lainnya
- 4) Persiapan sebelum melakukan rujukan
- 5) Upaya rujukan

## 7. Pencatatan pada halaman belakang partograf selama fase aktif

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV.

## 2.2 Manajemen Kebidanan

### 2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan dan keterampilan/tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien. Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir pada evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. (Jannah, 2011).

### 2.2.2 Tujuan

Tujuan Manajemen Kebidanan menurut Varney (2007) yaitu Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan berstandar ibu hamil dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama kehamilan.

### 2.2.3 Prinsip Manajemen Kebidanan

Prinsip manajemen kebidanan menurut Varney (2007):

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar *American College of Nurse Midwife (ACNM)* terdiri atas:

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat Diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual

7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

#### **2.2.4 Proses Manajemen Kebidanan**

Menurut Soepardan (2007): Penerapan manajemen kebidanan dalam bentuk kegiatan praktek kebidanan dilakukan melalui suatu proses yang disebut langkah-langkah atau proses manajemen kebidanan. Langkah-langkah manajemen kebidanan tersebut adalah:

##### **1. Pengumpulan Data**

Dalam langkah ini, semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dikumpulkan. Pendekatan yang dipakai dalam mengumpulkan data harus komprehensif meliputi data subyektif, data objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang

sebenarnya. Tetap kaji ulang data yang telah dikumpulkan apakah sudah tepat lengkap dan akurat.

## 2. Merumuskan Diagnosa/ Masalah Kebidanan

Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Masalah yang sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami ibu yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa.

## 3. Mengantisipasi Masalah Potensial

Masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnose atau masalah yang telah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dibutuhkan pencegahan. Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

#### 4. Kebutuhan Tindakan Segera

Penentuan tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada masalah potensial yang terjadi. Langkah ini digunakan untuk menetapkan penanganan secara segera guna mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan yang terjadi. Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan konsisi klien (Jannah, 2011).

#### 5. Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuatkan harus berdasarkan pertimbangan yang tepat meliputi pengetahuan teori *up to date* dan perawatan berdasarkan bukti. Dalam menyusun rencana, sebaiknya libatkan pasien karena pada akhirnya pengambilan keputusan dalam melaksanakan rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.

#### 6. Implementasi

Pada langkah ini rencana suhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima diatas dilaksanakan secara efesien dan aman. Realisasi perencanaan dapat

dilakukan oleh bidan, pasien, atau anggota keluarga lainnya. Jika bidan tidak melakukannya, ia tetap memiliki tanggungjawab atas terlaksananya seluruh asuhan

#### 7. Mengevaluasi

Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosa dan masalah yang telah teridentifikasi. Rencana dianggap efektif apabila memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian lain belum efektif. Mengingat proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

### **2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada intrapartal**

#### 1. Pengkajian

Dalam langkah ini semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dikumpulkan. Pendekatan yang dipakai dalam mengumpulkan data harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat



menggambarkan kondisi pasien sebenarnya. Pengkajian meliputi :

**Data subjektif.** Data subyektif adalah data yang didapatkan dari hasil wawancara dan anamnese secara langsung kepada klien dan keluarga dan tim kesehatan lainnya. Data subyektif ini meliputi keluhan-keluhan dari pasien terhadap masalah kesehatan yang lain. Dari hasil anamnese terhadap klien tentang masalahkesehatan yang dialami meliputi :

#### 1. Identitas

(a) Nama: Ditanyakan nama pada ibu bersalin, agar memudahkan dalam memberikan pelayanan, dan dapat mengetahui identitas pasien.

(b) Umur saat melahirkan. Umur ibu yang paling baik untuk melahirkan adalah berkisar 20-35 tahun, makin jauh umur ibu dan rentang waktu tersebut makin besar resiko bagi ibu maupun anaknya. Penelitian menunjukkan angka kematian dan kesakitan ibu akan tinggi bila melahirkan terlalu muda atau terlalu tua yaitu usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Pada umur ibu yang masih muda perkembangan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologis belum optimal serta belum tercapai emosi dan kejiawaan yang cukup matang yang akhirnya akan mempengaruhi janin yang

dikandungnya. Pada usia yang terlalu tua akan banyak merugikan perkembangan janin selama periode dalam kandungan, oleh karena penurunan fungsi fisiologik dan reproduksinya (Depkes, 2007).

(c) Status pendidikan: ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku seseorang.

(d) Pekerjaan: untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan pasien/klien. Masalah utama jika bekerja saat hamil, adalah resiko terkena pajanan terhadap zat-zat fetotoksik, ketegangan fisik yang berlebihan, terlalu lelah, pengobatan atau komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan, dan masalah dengan usia kehamilan lanjut.

## 2. Keluhan utama

Yaitu hal-hal yang paling menonjol yang dirasakan pasien saat pengkajian. Informasi ini sangat penting untuk menetapkan awal persalinan, biasanya dimulai sejak kontraksi secara teratur, dan untuk membedakan antara kontraksi persalinan palsu dan sejati (Varney, 2007). Keluhan utama merupakan keluhan yang dirasakan oleh pasien yang menyebabkan pasien tersebut dibawa berobat. Keluhan seperti nyeri perut (ada his), keluar lendir

bercampur darah, sakit pinggang dan sering kencing  
(Manuaba, 1998)

### 3. Riwayat kesehatan

#### a) Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji apakah ibu menderita penyakit diabetes militus  
(karena dapat menyebabkan bayi besar), jantung  
(decompensasi cordis), hipertensi, dll

#### b) Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji untuk mengetahui kronologis kesehatan ibu  
sekarang sebelum datang kepetugas kesehatan, dan  
untuk mengetahui tindakan apa saja yang sudah  
diperoleh ibu hingga pengkajian dilakukan

#### c) Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji apakah ibu mempunyai keturunan kembar, cacat,  
dari keluarga, penyakit jantung, hipertensi, DM, dll  
(penyakit keturunan).

### 4. Riwayat perkawinan

Perlu dikaji untuk mengetahui pada usia berapa ibu dan  
suami menikah, apakah ibu tinggal serumah dengan suami,  
berapa kali ibu menikah, lamanya pernikahan ibu sampai  
sekarang.

## 5. Riwayat obstetri

### a) Riwayat haid

- i. Umur menarche , Siklus menstruasi Teratur atau tidak menstruasinya, Lama menstruasi, Banyaknya darah, Pernah dismenorhea atau tidak.
- ii. Hari pertama haid terakhir untuk menentukan umur kehamilan
- iii. Tafsiran partus (TP) merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan, apakah persalinan cukup bulan atau premature, dan kemungkinan komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan (Varney, 2007).

### b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ditanyakan untuk mengetahui tahun berapa ibu hamil, dengan usia kehamilan berapa bulan, jenis persalinan, tempat persalinan, komplikasi ibu dan bayi, ditolong oleh siapa, berat badan bayi waktu lahir, jenis kelamin dan keadaan nifas sehingga dapat menyimpulkan kehamilan dan persalinan saat ini beresiko atau tidak. Diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para pada ibu untuk mengidentifikasimasalah potensial pada kelahiran kali ini dan pascapartum. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama

persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan antara persalinan primigravida dan gravida kedua serta persalinan dengan paritas yang semakin tinggi (Varney, 2007).

c) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT, untuk menafsirkan (+7) (-3) (+1)/kapan merasakan gerakan janin (primigravida). Hal-hal yang perlu dikaji, antara lain:

- i. Umur kehamilan
- ii. ANC berapa kali, dimana, mendapat therapy, penyulit apa.
- iii. Imunisasi TT sudah atau belum (berapa kali).
- iv. Adakah kebiasaan-kebiasaan waktu hamil sekarang ini (minum jamu, merokok atau minum obat-obatan tertentu).

d) Rencana tempat persalinan

e) Riwayat KB

Perlu dikaji untuk mengetahui kondisi sebelumnya, ibu pernah mengikuti KB atau tidak, menggunakan KB apa sebelumnya, hal ini berhubungan dengan penerimaan ibu terhadap kehamilan dan persalinan saat ini.

## 6. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

### a) Pola nutrisi

Dikaji untuk mengetahui selama dalam proses persalinan kapan ibu makan dan minum terakhir, jenis makanan yang ibu makan dan minum dan porsi. Informasi ini diperlukan oleh ahli anestesi jika pembedahan dibutuhkan. Selain itu juga bermanfaat untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan (Varney, 2007).

### b) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu kurang atau cukup istirahat sebelum dan selama masa persalinan ini, pola tidur malam sebelumnya.

### c) Pola eliminasi

Perlu dikaji untuk mengetahui sebelum proses persalinan kapan ibu BAB dan BAK terakhir

### d) Pola aktifitas

Dikaji untuk mengetahui aktifitas ibu sehari-hari dan aktifitas terakhir sebelum in partu.

### e) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah ada masalah dalam berhubungan seksual, bagaimana riwayat sebelum proses persalinan.

f) Pola personal hygiene

Perlu dikaji untuk mengetahui sebelum proses persalinan ini bagaimana kebersihan ibu.

g) Pola psikososiospiritual

- i. Tanggapan ibu terhadap persalinannya. Perlu dikaji untuk mengetahui bagaimana perasaan ibu tentang kehamilannya saat ini. Pandangan ibu tentang IMD
- ii. Tanggapan keluarga terhadap proses persalinan ibu. Dikaji untuk mengetahui seberapa jauh kesiapan ibu menghadapi persalinannya, juga pandangan keluarganya tentang IMD.
- iii. Tingkat pengetahuan ibu terhadap kondisinya. Untuk mengetahui pengetahuan dan kesiapan ibu serta perasaan ibu terhadap kondisi yang dialami saat ini, yaitu akan mengalami persalinan normal.
- iv. Pengambilan keputusan. Perlu dikaji untuk mengetahui siapakah pengambil keputusan dalam keluarga ibu.
- v. Koping. Bagaimana cara ibu menyelesaikan masalah dalam keluarga.

- vi. Ketaatan beribadah . Perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu taat dalam menjalankan ibadah sesuai dengan agama yang ibu anut.
- vii. Lingkungan yang berpengaruh. Dikaji untuk mengetahui ibu tinggal dengan siapa saat ini dan apakah selama ini ibu mempunyai hewan peliharaan.
- viii. Tingkat ekonomi. Perlu dikaji untuk mengetahui keadaan status ekonomi ibu, apakah ibu termasuk golongan menengah ke atas atau ke bawah

**Data objektif.** Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

#### 1. Pemeriksaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. (Sulistyawati, 2009)

- a. Keadaan umum pasien : baik/kurang/tidak baik.
- b. Tingkat kesadaran : untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu:
  - 1) Composmentis: sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya
  - 2) Apatis: pasien tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.



- 3) Dilirum: penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik dan siklus tidur bangun yang terganggu. Pasien tampak gelisa, gaduh, kacau, distoleransi, dan meronta-ronta.
- 4) Somnolen: keadaan mengantuk yang masih dapat pulih bila dirangsang. Tapi bila rangsangan berhenti pasien akan tidur kembali.
- 5) Sopor: keadaan yang mengantuk sangat dalam. Bisa dibangunkan dengan rangsangan kuat. Tapi pasien tidak bangun sempurna dan tidak dapat memberikan jawaban verbal dengan baik.
- 6) Semi Koma: penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon terhadap rangsangan verbal dan tidak dapat dibangunkan sama sekali.
- 7) Koma: penurunan kesadaran yang sangat dalam. Tidak ada gerakan spontan dan tidak ada gerakan terhadap rangsangan nyeri.

c. Tanda-tanda vital:

Peningkatan atau penurunan tekanan darah masing-masing merupakan indikasi gangguan hipertensi pada kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan sistolik, dengan tekanan diastolik dalam batas normal, dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri. Peningkatan suhu

menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok atau ansietas (Varney, 2007).

d. Berat badan

Berat badan ditimbang untuk memperoleh berat badan total selama kehamilan

e. Tinggi badan

Tinggi badan normal pada ibu hamil, jika tinggi badan kurang dari normal maka dicurigai panggul ibu sempit atau CPD dan akan berpengaruh pada proses persalinan (Varney, 2007).

2. Pemeriksaan fisik: Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi).

Pemeriksaan fisik :

- a. Kepala: Normal atau tidak, ada luka atau benjolan atau tidak.
- b. Wajah: pucat atau tidak, oedema atau tidak
- c. Mata: konjungtiva merah muda atau pucat, sklera putih atau ikterik, kelopak mata oedema atau tidak.
- d. Hidung: ada pernapasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, ada perdarahan atau tidak, ada polip atau tidak.
- e. Mulut dan gigi: Mukosa bibir lembab atau kering, gigi ada karies gigi atau tidak, ada stomatitis atau tidak.

- f. Telinga: simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada perdarahan atau tidak, ada serumen atau tidak.
- g. Leher: ada atau tidak pembengkakan kelenjar tiroid, kelenjar limfe, atau atau tidak pembendungan vena jugularis.
- h. Dada: (Payudara) simetris atau tidak, puting menonjol atau tidak, ada atau tidak hiperpigmentasi pada areola mammae, ada luka atau tidak, ada colostrum atau tidak. Payudara : ada massa atau tidak.
- i. Abdomen: ada luka bekas operasi atau tidak, ada pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan atau tidak, ada atau tidak linea alba, linea nigra dan striae lividae ada atau tidak.
  - 1) Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang berada di fundus.
  - 2) Leopold II : untuk menentukan dimana letaknya punggung janin dan bagian terkecil janin.
  - 3) Leopold III : untuk menentukan bagian terendah janin.
  - 4) Leopold IV : untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.
- j. MC Donald dan TBBA : untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus. Jika kepala sudah masuk PAP (Divergen) TFU-12x155, dan kepala belum masuk PAP (Konvergen) TFU-11x155.

- k. His dihitung dalam 10 menit dengan berapa durasinya. Pada ibu inpartu his biasanya 4x10 menit dengan durasi 50 detik.
  - l. DJJ terdengar jelas, di punctum maksimum di bawah pusat bagian kanan atau kiri ibu bagi yang presentase kepala dan bagi yang letak lintang DJJ terdengar pada punctum maximum sejajar pusat . Frekuensinya normal atau tidak, kuat atau lemah, teratur atau tidak. Frekuensinya 120-160 x/menit.
  - j. Genitalia dan anus : keadaan vulva dan vagina normal atau tidak, ada varises atau tidak, ada oedema atau tidak, ada haemorroid atau tidak.
3. Pemeriksaan dalam: sebelum melakukan pemeriksaan dalam, cuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan sabun, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. Minta ibu untuk berkemih dan mencuci daerah genitalia. Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan selama pemeriksaan. Tentramkan hati dan anjurkan ibu untuk rileks. Pastikan privasi ibu terjaga selama pemeriksaan dilakukan. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat melakukan pemeriksaan dalam yaitu :
- a. Vulva dan Vagina : ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan. Idealnya setelah daerah vulva dan vagina sudah dipersiapkan

dengan baik dan pemeriksa sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar-lebar, kemudian usap, ibu jari dan jari telunjuk salah satu tangan membuka labia selebar-lebar untuk menyingkap muara vagina dengan mencegah jari-jari pemeriksa kontak dengan permukaan dalam labia. Menilai bentuk normal atau tidak, labia mayora menutupi labia minora atau tidak, ada/tidak infeksi menular seksual, dan ada/tidak kelainan pada vagina atau varises. Varises pada ibu hamil dapat mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan. Apakah ada/tidak massa termasuk kondiloma, luka, luka parut di perineum, menilai cairan di vagina, apakah ada luka parut di vagina.

- b. Konsistensi portio : portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap.
- c. Pembukaan serviks : dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan serviks. Jari pemeriksa disapukan dari tepi satu serviks di satu sisi kesisi yang berlawanan. Pembukaan (fase laten 1-3 cm, fase aktif 4-10 cm).
- d. Air ketuban (utuh/pecah) : ibu hamil sebaiknya diinstruksikan untuk mengenal cairan yang keluar dari

vagina saat proses persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya diragukan, masukan speculum dengan hati-hati, dan cairan dicari di fornix posterior. Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.

- e. Presentasi dan posisi janin. Bagian tubuh fetus yang terdapat dibagian terbawah jalan lahir. Pada persalinan normal, janin berada pada letak memanjang dengan posisi belakang kepala, presentase bokong sempurna adalah janin posisi duduk dalam jalan lahir, presentase bokong murni adalah bagian terbawah dari fetus adalah bokong, kedua tungkai dalam fleksi dan sejajar toraks.
- f. Molase. 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah/tidak ada tulang kepala janin yang tumpang tindih, (+): tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan, (++) : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan, (+++) : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.
- g. Penurunan bagian terbawah janin : Untuk menentukan penurunan kepala janin. Penurunan kepala janin merupakan salah satu mekanisme persalinan dan menunjukkan kemajuan dan keadekuatan pelvis (Varney, 2007).

h. Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul. Jika bagian terbawah janin setinggi spina isciadika, keadaan ini disebut station nol. Penurunan kepala dengan Hodge I : kepala diatas PAP, mudah digerakkan. Kepala janin masih teraba 5 jari diatas simfisis. Hodge I-II : sulit digerakkan, sebagian besar kepala belum masuk panggul. Kepala janin teraba 4 jari diatas simfisis. Hodge II-III : sulit digerakkan, sebagian besar bagian kepala sulit digerakkan. Kepala teraba 3 jari diatas simfisis. Hodge III+ : bagian terbesar kepala belum masuk panggul. Kepala teraba 2 jari diatas simfisis. Hodge III-IV : kepala di dasar panggul. Kepala teraba 1 jari di atas simfisis. Hodge IV : kepala di perineum.

4. Pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi/USG dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya).

Laboratorium :

HB : berapa kadar HB (gr%)

Albumin : terdapat albumin ada tidak dalam urine

Reduksi : terdapat glukosa atau tidak dalam urine ibu.

## 2. Analisa Masalah Dan Diagnosa

Pada langkah interpretasi data dilakukan analisa mengenai data yang telah diperoleh pada pengkajian langkah I, diinterpretasikan secara akurat dan logis menjadi suatu diagnosa kebidanan dan masalah. Interpretasi data ini meliputi:

### 1. Diagnosa kebidanan

Gravida, para, abortus, umur klien, umur kehamilan, jumlah janin tunggal atau ganda, keadaan janin hidup atau mati, intra uteri atau ekstra uteri, letak janin membujur atau melintang, punggung kiri atau kanan, presentasi kepala atau bokong, bagian terbawah sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Inpartu kala I. Dasar :

- a) Pernyataan ibu tentang hamil ke berapa, pernah melahirkan berapa kali, apakah pernah mengalami keguguran atau tidak.
- b) HPHT, TTV, pemeriksaan leopold I–IV, auskultasi, pemeriksaandalam, dan pemeriksaan penunjang.

### 2. Diagnosa kebidanan

Gravida, para, abortus, umur klien, umur kehamilan, jumlah janin tunggal atau ganda, keadaan janin hidup atau mati, intra uteri atau ekstra uteri, letak janin membujur atau melintang, punggung kiri atau kanan, presentasi kepala atau bokong, bagian terbawah sudah masuk pintu atas panggul atau belum.



Inpartu kala II. Dasar: Tanda dan gejala kala II, pembukaan lengkap.

3. Diagnosa kebidanan

Para, abortus, kala III.

Dasar : Bayi telah lahir, nampak tali pusat di vulva.

4. Diagnosa kebidanan

Kala IV

Dasar: : Plasenta telah lahir, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

5. Masalah

Hal-hal yang berkaitan dengan kondisi yang tidak dapat dituangkan dalam diagnosa, tetapi memerlukan pemecahan pada asuhan kebidanan ibu bersalin dengan persalinan normal, dan keluhan-keluhan atau gangguan yang dirasakan pasien dalam persalinannya, misal, pasien merasa cemas dan takut.

Dasar: Berdasarkan tanggapan ibu terhadap proses persalinannya.

Diagnosa kebidanan pada ibu bersalin antara lain, Persalinan normal, Djj tidak normal, Solusio plasenta, Atonia uteri, Presentase bokong, Presentase muka, Presentase dagu, CPD, Presentase ganda, Eklampsia, Hidramnion, Persalinan semu, Kematian janin, Haemoragik postpartum, Inertia uteri, Inversio uteri, Bayi besar, Mekonium, Kehamilan ganda, Partus macet, Plasenta previa kpd, Partus prematurus, Prolapsus tali pusat,

Partus fase laten lama, Partus kala 2 lama, Sisa plasenta, Retensio plsaenta, Ruptur uteri, Presentase bahu, Distonsia bahu, Robekan serviks dan vagina dan Luka episiotomi perineum.

### 3. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan Pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Muslihatun,dkk,2009).

### 4. Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Pada langkah ini perlu diambil tindakan segera untuk mengantisipasi diagnosa potensial yang berkembang lebih lanjut dan menimbulkan komplikasi, sehinggadapat segera dilakukan tindakan yang sesuai dengan diagnosa potensial yang muncul seperti melakukan kolaborasi atau konsultasi dengan dokter spesialis kandungan sesuai dengan kondisi pasien. Pada kasus persalinan normal tidak dilakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan.

Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial

yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipatif agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Andaikan tidak terhindarkan, sudah terantisipasi tindakan penanganan yang tepat sehingga pasien dapat ditolong secara tepat dan cepat. Sehingga langkah ini benar-benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional/logis (Muslihatu, dkk. 2009).

#### 5. Intervensi (Perencanaan Tindakan)

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologi (Muslihatun dkk, 2009).

Perencanaan pada persalinan normal dapat berupa:

1. Pada kala I

- a) Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya mengukur tekanan darah, suhu, pernapasan setiap 2-4 jam apabila masih utuh, setiap 1-2 jam apabila ketuban pecah. Mengevaluasi kandung kemih minimal setiap 2 jam. Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton. Mengevaluasi hidrasi turgor kulit, mengevaluasi kondisi umum : kelelahan dan kehabisan tenaga, perilaku dan respon terhadap persalinan, rasa sakit dan kemampuan koping.
- b) Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya; letak janin, presentase, gerak dan posisi. Adaptasi janin terhadap panggul apakah CPD, mengukur DJJ dan bagaimana polanya, dapat di evaluasi setiap 30 menit pada fase aktif dan perlu dilakukan pengukuran DJJ pada saat ketuban pecah, sesudah dilakukan klisma, apabila tiba-tiba ada perubahan kontraksi selama proses persalinan, sesudah pemberian obat dan apabila ada indikasi terjadi komplikasi medik dan obstetrik.
- c) Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk melakukan observasi penipisan, pembukaan, turunnya bagian terendah, pola kontraksi (frekuensi, durasi, dan intensitas), perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala dari

masa transisi dan mulainya persalinan kala II, serta posisi dari *punctum maksimum*.

- d) Bantulah ibu dalam persalinan jika ia tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan. Berilah dukungan dan yakinkan dirinya. Berilah informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan. Dengarkan keluhannya dan cobalah lebih sensitif terhadap perasaannya. Jika ibu tampak kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan yaitu, lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan ibu, sarankan ibu untuk berjalan, ajaklah orang yang menemani (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggung atau membasuh muka diantara kontraksi.
- e) Melakukan skrining untuk mengantisipasi komplikasi pada ibu dan janin
- f) Pantau dengan partograf.
- g) Beri informasi mengenai tindakan yang akan dilakukan
- h) Siapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan esensial untuk asuhan persalinan kelahiran dan bayi baru lahir serta persiapan inisiasi menyusui dini (IMD).
- i) Siapkan pertolongan persalinan normal.
- j) Pastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik.

## 2. Pada kala II.

Data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala II persalinan adalah kelanjutan dari data dasar yang dikumpulkan dan evaluasi dari kala I, yaitu melanjutkan evaluasi setiap tanda yang ditemukan dari riwayat, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium yang telah dilakukan terhadap ibu dan bayi selama proses persalinan.

Selanjutnya evaluasi kemajuan persalinan. Rata-rata lama persalinan kala II 1 jam pada primipara dan 15 menit pada multipara. Pada umumnya persalinan kala II tidak lebih dari 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Kontraksi selama persalinan kala II biasanya lebih sering, kuat dan lebih lama, kira-kira setiap 2 menit lamanya 60-90 (Muslihatun, dkk. 2009). Manajemen pada persalinan kala II termasuk bertanggung jawab terhadap, persiapan untuk persalinan, manajemen persalinan, membuat keputusan untuk persalinan kala II :

- a) Siapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran
- b) Siapkan pertolongan kelahiran bayi
- c) Tolong kelahiran bayi

### 3. Pada kala III

Rencana asuhan persalinan kala III yaitu, melanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda bahaya yang ditemukan, melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan (pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta), melanjutkan evaluasi ibu termasuk mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, dan aktivitas gastrointestinal dan memperhatikan tanda dan gejala perdarahan (Muslihatun, dkk. 2009).

### 4. Pada kala IV

- a) Lakukan evaluasi dalam 2 jam pertama pasca persalinan
- b) Lakukan dekontaminasi pada semua peralatan yang sudah dipakai
- c) Lengkapi partograf untuk dokumentasi.

### 6. Pelaksanaan

Pada langkah ini asuhan yang telah direncanakan secara menyeluruh pada langkah V dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau tenaga kesehatan yang lain. Dalam pelaksanaan asuhan pada ibu bersalin normal dan Inisiasi Menyusu Dini atau (IMD) bisa dilaksanakan seluruhnya oleh bidan. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya

karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan (Muslihatun, dkk. 2009).

## 7. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam manajemen kebidanan untuk kegiatannya dilakukan terus-menerus dengan melibatkan pasien, bidan, dokter, dan keluarga. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan yaitu meliputi pemenuhan kebutuhan. Hal tersebut dapat membantu untuk mengetahui terpenuhinya bantuan sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dari masalah. Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (hyre, 2003).

Evaluasi yang diharapkan pada ibu inpartu dengan kehamilan risiko adalah keadaan umum baik, pelaksanaan persalinan normal, tidak terjadi komplikasi diantaranya perdarahan pasca partum. Menurut Varney (2007) pendokumentasian data perkembangan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan menggunakan SOAP yaitu:

S: Subjektif . Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.



- O: Objektif. Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung *assesment*.
- A: Analisis. Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi meliputi diagnosa/masalah serta antisipasi masalah potensial.
- P: Planning. Menggunakan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan *assesment*. Untuk menggambarkan keterikatan antara manajemen kebidanan sebagai pola pikir dengan pendokumentasian sebagai catatan dari asuhan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

**3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian****3.1.1 Desain Penelitian**

Desain dari penelitian ini adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroamoro, 2011). Penelitian kualitatif dalam studi kasus ini menggambarkan asuhan kebidanan intrapartal yang diberikan pada ibu multipara di ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

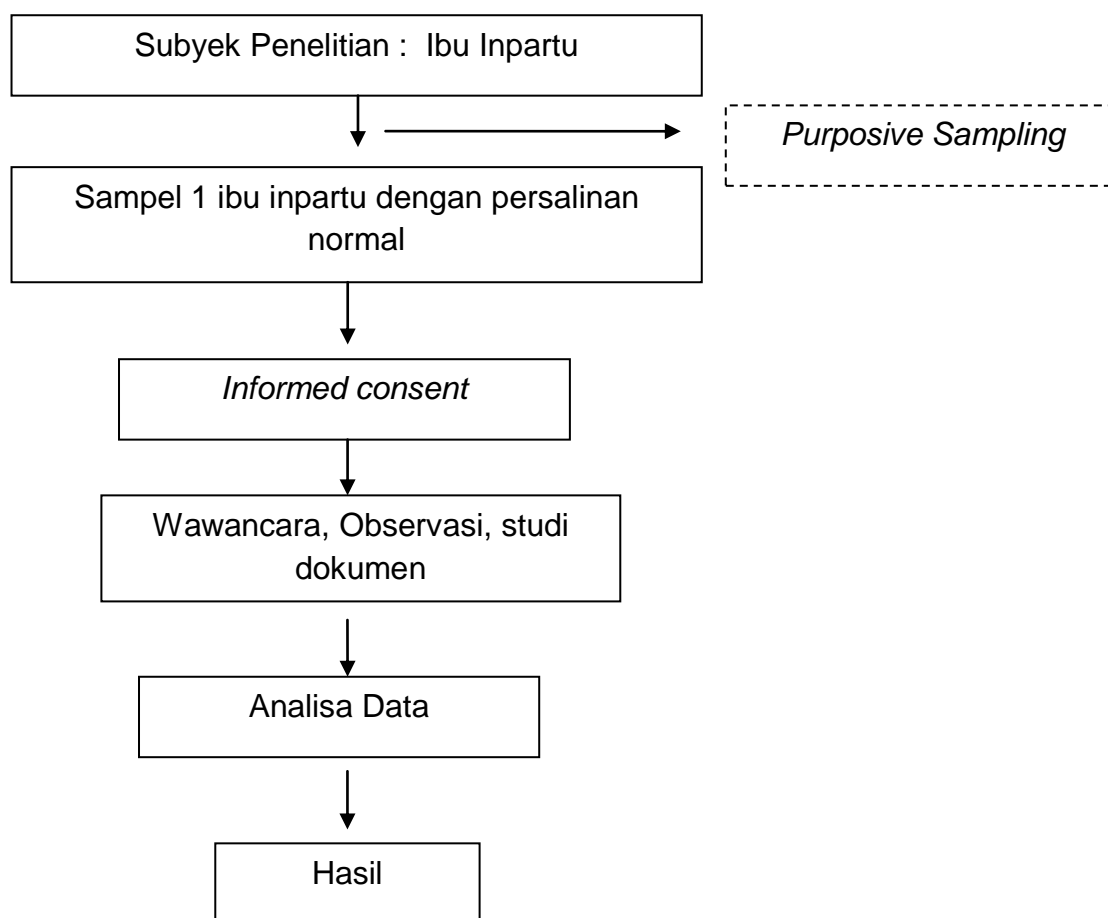
**3.1.2 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam satu penelitian (Sugiyono, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis dari segi yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan

reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Sugiyono, 2011). Dalam studi kasus ini variabel penelitian yaitu asuhan persalinan normal, (Prawirohardjo, 2008).

### **3.2 Kerangka Kerja (Frame Work)**

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian dimulai dari desain penelitian hingga analisis data (Hidayat, 2010). Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Kerja penelitian kasus pada ibu inpartu di Puskesmas Sikumana.

### 3.3 Sampel, dan Sampling

#### 3.3.1 Sampel

Pada penelitian kualitatif, pengambilan sampel memiliki prinsip dasar ditujukan untuk memperoleh atau menentukan sampel kasus atau individu yang memiliki banyak informasi dan mendalam tentang informasi yang diteliti. Sampel pada penelitian kualitatif adalah unit sampel yang dapat berupa orang, suatu konsep atau

program, atau suatu perilaku atau budaya, atau suatu kasus yang dibatasi waktu atau sistem (Afiyanti, 2014). Sampel pada penelitian ini adalah ibu inpartu.

### **3.3.2 Sampling**

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subjektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011). Individu di seleksi atau dipilih secara sengaja karena memiliki pengalaman yang sesuai dengan fenomena yang diteliti. Menetapkan terlebih dahulu kriteria – kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Individu yang dipilih untuk berpartisipasi dalam riset adalah mereka yang memiliki berbagai pengalaman yang telah dipersaratkan oleh riset yang sedang dilakukan. Criteria pada penelitian ini adalah ibu inpartu yang bersedia dijadikan objek penelitian.

### **3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Data**

#### **3.4.1 Pengumpulan data**

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013). Pengumpulan data dilakukan dengan tiga cara wawancara, observasi, dan studi dokumen.

#### **3.4.2 Instrument Pengumpulan Data**

Instrument pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara, observasi secara langsung, dan melihat register ibu. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap – cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2010). Pedoman wawancara adalah format pengkajian yang dikeluarkan STIKES CHMK. Observasi merupakan suatu metode untuk memperhatikan dengan saksama, termasuk mendengarkan, mencatat, dan mempertimbangkan hubungan antara aspek dan fenomenan yang sedang diamati (Afiyanti, 2014). Pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat member informasi tentang situasi yang dapat

diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara (Afiyanti, 2014).

1. wawancara

pedomannya asuhan kebidanan untuk mengetahui data subjektif.

2. Observasi

Pedomannya asuhan kebidanan untuk mengetahui data objektif

3. Dokumentasi

Untuk mengetahui hasil yang tidak didapat dari “wawancara dan observasi seperti, hasil laboratorium dan data dari rekamedik.

### **3.4.3 Tempat dan waktu pelaksanaan penelitian**

Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas Sikumana.

Waktu penelitian pada tanggal 22 Juli s/d 25 Juli 2016.

### **3.4.4 Analisa Data**

1. Pengkajian

Dalam langkah ini semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dikumpulkan. Pendekatan yang dipakai dalam mengumpulkan data harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien sebenarnya.

## **2. Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut dapat diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Baik rumusan masalah maupun masalah keduanya harus ditangani. (Soepardan, 2007).

Diagnosa kebidanan pada persalinan normal G...P...A...AH...UK... minggu, janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterine/ekstrauterine, letak kepala/bokong/bahu, keadaan jalan lahir, keadaan janin dan ibu baik atau tidak, inpartu kala 1 fase laten/ aktif/Kala II.

## **3. Mengidentifikasi Diagnose Atau Masalah Potensial Dan Mengantisipasi Penanganannya**

Menurut Soepardan, (2007: 210) pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini benar – benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.



#### **4. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain. Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergensi atau darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. (Soepardan, 2007).

#### **5. Menyusun Asuhan Secara Menyeluruh**

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk pasien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural, atau masalah psikologi. (Muslihatun, 2009: 324).

Menurut wildan dan Hidayat (2008: 321), langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian

pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

#### **6. Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien Dan Aman**

Pada langkah ini direncanakan asuhan secara menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif, dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan lainnya, bidan tetap memegang tanggungjawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya (misalnya memastikan langkah langkah tersebut benar-benar terlaksana dan sesuai dengan kebutuhan klien).

#### **7. Evaluasi**

Evaluasi pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan

tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan

### 3.6 Etika Penelitian

Penelitian kesehatan pada umumnya dan penelitian kesehatan masyarakat pada khususnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti disatu sisi dan disisi lain manusia sebagai peneliti atau yang melakukan penelitian. Hal ini berarti bahwa ada hubungan timbal balik antara orang sebagai peneliti dan orang sebagai yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

#### 1. *Informed consent* (persetujuan)

*Informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau walinya yang berhak kepada bidan untuk melakukan suatu tindakan kebidanan terhadap pasien sesudah memperoleh informasi lengkap dan dipahaminya mengenai tindakan itu. *Informed consent* adalah suatu proses bukan suatu formulir atau selemba kertas yang sesungguhnya hanya merupakan jaminan atau bukti bahwa *Informed consent* sudah terjadi. *Informed consent* adalah dialog antara bidan dengan pasien yang didasari keterbukaan akal dan pikiran dengan suatu upacara birokrasi dengan penandatanganan formulir (Marimbi, 2009).

## 2. Menjaga Kerahasiaan Responden

Informasi atau hal-hal yang terkait dengan responden harus dijaga kerahasiaannya. Peneliti atau pewawancara tidak dibenarkan untuk menyampaikan kepada orang lain tentang apapun yang diketahui oleh peneliti tentang responden di luar untuk kepentingan atau mencapai tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2010).

## 3. Menjaga Privasi Responden

Dalam melakukan wawancara atau memperoleh informasi dari responden, peneliti harus menjaga privasi mereka. Untuk itu peneliti atau pewawancara harus menyesuaikan diri dengan responden tentang waktu dan tempat dilakukan wawancara atau pengambilan data, sehingga responden tidak merasa diganggu privasinya (Notoatmodjo, 2010).

## 4. Anonimitas

Dalam penelitian tidak boleh membuka identitas objek penelitian baik individu maupun kelompok atau institusi, ini untuk kepentingan privasi/kerahasiaan, nama baik aspek hukum dan psikologi, secara langsung ataupun tidak langsung atau efknya jauh di kemudian hari. Adanya jaminan kerahasiaan dari responden dapat memberikan rasa aman dan akan meningkatkan keabsahan data yang diberikam karena terbebas

dari rasa takut atau malu bila identitasnya diketahui (Marimbi, 2009)

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana adalah salah satu bagian dari Puskesmas Sikumana yang merupakan puskesmas PONED (Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas atau kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar yang siap 24 jam, sebagai rujukan antara kasus-kasus rujukan dari polindes dan puskesmas. tugas puskesmas PONED adalah menerima rujukan dari fasilitas rujukan di bawahnya, puskesmas pembantu dan pondok bersalin desa, melakukan pelayanan kegawatdaruratan obstetri neonatal sebatas wewenang dan melakukan rujukan secara aman ke rumah sakit dengan penanganan pra hospital. Puskesmas Sikumana terletak di Kelurahan Sikumana, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Puskesmas Sikumana memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut:

1. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah
2. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Alak
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo

4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang Barat

Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana memberikan pelayanan obsterti dan neonatal. Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana terdiri dari 16 ruangan. 2 ruangan bersalin yang terdiri dari 4 bed, 3 troli berisi alat partus set, hecing set, alat resusitasi, 4 buah meja resusitasi, 2 lampu sorot, 4 tempat sampah medis, 4 tempat sampah nonmedis, 4 sepatu both, 1 ruangan tempat cuci alat dan stom alat, ruang bersalin 2 terdapat alat USG, 2 ruangan nifas yang berisi 4 tempat tidur, 4 tiang infus, 4 lemari penyimpanan barang, 2 kipas angin dan 2 kamar mandi, 1 ruangan dan 1 buah lemari penyimpanan obat-obatan dan 1 kulkas, 1 ruangan penyimpanan alat, 1 ruangan tidur bidan dan 1 buah meja serta 6 buah kursi, 1 ruangan kepala, 1 ruangan dapur, 2 kamar mandi bidan, 1 ruangan tempat penyimpanan linen, 1 ruangan tempat penyimpanan pakaian kotor dan 1 ruangan berisi data-data/dokumen pasien. Di klinik bersalin Puskesmas Sikumana pelayanan yang diberikan dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja petugas kesehatan ini menggunakan pembagian 3 shif jaga yakni pagi jam (07.00-14.00), siang (14.00-20.00) dan malam (20.00-07.00).

#### 4.1.2 Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus ini dibuat dalam bentuk asuhan kebidanan:

##### 1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada senin, 23 Juli 2016 pada pukul 21.10 wita, di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana pada Ny. P.H .sekarang berumur 33 tahun, agama Kristen, ibu berasal dari Sulawesi, :pendidikan terakhir DIII, saat ini ibu bekerja sebagai Pendeta, alamat Sikumana – Maulafa. Suami bernama Tn. J. G, sekarang berumur 35 tahun, agama Kristen, suami berasal dari Sulawesi, pendidikan S1, pekerjaan Pendeta, sekarang tinggal bersama istri di Kelurahan Oepura.

Ibu mengatakan sekitar pukul 14.00 Wita ibu merasakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang,tetapi belum keluar lender dan darah.

Ibu mengatakan haid pertama berumur 12 tahun, haid berlangsung teratur selama 3-4 hari dengan sifat encer, mengganti pembalut 3 kali/hari dan tidak ada nyeri haid.

Ibu mengatakan sudah menikah sah selama  $\pm$  6 tahun, umur saat menikah 27 tahun dan ini adalah pernikahan pertamanya.

Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu ibu saat ini hamil anak ketiga, anak pertama dilahirkan dengan proses normal di Rumah Sakit pada November 2010, berumur 6 tahun



dan keadaan anak saat ini hidup, anak ke dua dilahirkan dengan proses normal di Rumah Sakit pada 2014, berumur 2 tahun dan keadaan anak saat ini hidup. Ibu tidak pernah mengalami keguguran.

Riwayat kehamilan sekarang ibu mengatakan hari pertama haid terakhir pada tanggal 18-10-2015 dan tafsiran persalinan 25-07-2016. Merasakan pergerakan janin sejak umur kehamilan 5 bulan, selama hamil ibu memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Sikumana selama 4 kali dan ibu mendapatkan Imunisasi TT 1 kali serta mengkonsumsi obat yang diberikan dari Puskesmas seperti tablet tambah darah, vitamin C dan kalk. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir masih dirasakan oleh ibu (>10x/hari).

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami penyakit sistemik seperti penyakit jantung, ginjal, asma, TBC paru, hepatitis, dan hipertensi dan diabetes mellitus.

Riwayat penyakit keturunan pada ibu dan keluarga, ibu mengatakan dalam keluarga tidak pernah menderita penyakit seperti penyakit jantung, ginjal, asma, TBC paru, hepatitis, hipertensi, diabetes mellitus.

Riwayat KB ibu mengatakan tidak pernah menggunakan KB. Latar belakang budaya seperti kebiasaan melahirkan ditolong oleh bidan, tidak ada pantangan makanan dan tidak ada

kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas.

Riwayat sosial menurut ibu kehamilan ini sudah direncanakan, keluarga juga mendukung kehamilan ini. Beban kerja yang ibu lakukan sehari – hari yaitu : ibu melakukan pekerjaan sehari – hari seperti menyapu, mencuci dan memasak. Jenis kelamin yang diharapkan laki-laki atau perempuan sama saja. Pengambil keputusan ibu bersama dengan keluarga. Psikologi ibu merasa gelisah dan cemas menanti proses persalinannya.

Perilaku kesehatan ibu sangat baik, ibu tidak merokok, tidak minum minuman keras, tidak mengkonsumsi obat – obat terlarang, dan tidak mengkonsumsi kopi.

Riwayat seksual, ibu mengatakan selama hamil ibu tidak pernah melakukan hubungan seksual.

Aktivitas sehari-hari Pola Nutrisi makan dan minum terakhir pukul 19.00 wita, nasi, ikan, sayur, porsi sedang dihabiskan dan minum air putih 1 gelas. Istirahat siang tidur siang pukul 13.00-15.00 wita ( $\pm$  2 jam), malam tidur malam pukul 21.00 wita ( $\pm$  8-9 jam), Pola eliminasi (BAK) sering BAK sedikit-sedikit berwarna kuning jernih dan tidak ada keluhan, terakhir ibu BAK sekitar pukul 16.00 wita. BAB 1 – 2 kali setiap hari, tidak ada keluhan, terakhir ibu BAB sekitar pukul 11.00 wita. Sebelum ibu datang ke

puskesmas ibu mengatakan sudah mandi, menyikat gigi, dan mengganti pakaiannya. Ibu biasanya mandi 2 kali sehari, sikat gigi 2 kali sehari, ganti pakaian luar 2 kali sehari, ganti pakaian dalam 2 kali sehari, keramas rambut 3 kali dalam seminggu.

Data Objektif: Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, ekspresi wajah ibu meringis kesakitan. Tanda-tanda vital, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78x/ menit, pernafasan 19x/ menit, suhu badan 36,°C.

Pemeriksaan khusus obstetri, Abdomen Inspeksi bekas luka operasi tidak ada, Arah pembesaran memanjang, Linea Alba/Nigra ada/ada, Striae Albican/Livide: tidak ada/ada. Palpasi, Leopold I TFU (32 cm), pada fundus teraba bagian besar, bulat, lunak, dan kurang melenting (bokong), Leopold II pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung janin) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin. Punctum maksimum berada di sebelah kanan di bawah pusat. Leopold III pada perut ibu bagian bawah teraba bagian besar, bulat, keras, dan tidak melenting (kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul, Leopold IV Kepala sudah masuk PAP (3/5) (divergen), McDonald TFU 32 cm, Tafsiran berat badan janin (TFU - 11 x 155) (32 - 11 x 155) = 3200 gram. Kontraksi uterus: His 3 x dalam 10 menit lamanya 25 – 30 detik. Auskultasi DJJ positif, teratur, Frekwensi : 128x/menit, Perkusi refleks Patella : tidak dilakukan.

Pemeriksaan dalam (Pukul 21.20 wita), Vulva tidak ada oedema dan tidak ada varices, Vagina normal dan tidak ada benjolan, Portio tebal, pembukaan 4 cm, kantong ketuban utuh, Presentasi kepala, posisi ubun – ubun kecil kiri depan, penurunan bagian terbawah turun Hodge I. Pemeriksaan Penunjang tidak dilakukan.

## **2. Analisa Masalah Dan Diagnosa**

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan data objektif diatas maka ditegakkan sebuah diagnosa kebidanan yaitu: G3 P2 A0 AH2 UK : 39 minggu 5 hari, janin hidup, tunggal, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif.

Data subyektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan ingin melahirkan, ibu hamil anak ketiga, tidak pernah keguguran, HPHT 18–10–2015. dan usia kehamilan 9 bulan merasakan sakit pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak pukul 14. 00 wita. tetapi belum keluar lendir darah

Data obyektif pendukung diagnosa yaitu tafsiran partus sesuai perhitungan HPHT adalah 25 – 07 – 2016, Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, ekspresi wajah ibu meringis kesakitan. Tanda-tanda vital,tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78x/ menit, pernafasan 19x/ menit, suhu badan 36,°C.

### **3. Antisipasi Masalah Potensial**

Tidak ada masalah potensial yang mungkin terjadi

### **4. Tindakan Segera**

Tidak perlu dilakukannya tindakan segera

### **5. Perencanaan Asuhan**

Perencanaan yang dilakukan pada Ny. P. H Intrapartal yaitu: lakukan pendekatan pada ibu. Rasional: pendekatan merupakan cara efektif untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan bidan. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan. Rasional: cuci tangan merupakan langkah pencegahan terjadinya transmisi kuman dan bakteri dari pasien ke bidan dan atau dari bidan ke pasien. Observasi KU,TTV dan kemajuan persalinan tiap 4 jam / bila ada keluhan. Rasional: dapat membantu bidan dan keluarga dalam memberikan asuhan. Informasikan hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga. Rasional: informasi yang baik dan benar merupakan hak ibu dan keluarga sehingga lebih kooperatif dalam pemberian asuhan kebidanan. Ajarkan pada ibu untuk menarik nafas panjang jika ada his. Rasional: Menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan pelan-pelan melalui mulut untuk relaksasi dan mengurangi rasa nyeri saat ada his. Anjurkan ibu untuk makan dan minum di sela – sela kontraksi. Rasional: nutrisi yang adekuat akan memberikan tenaga pada ibu untuk

meneran. Anjurkan ibu untuk tidak meneran saat ada his ketika pembukaan belum lengkap. Rasional: karena akan menyebabkan oedema jalan lahir sehingga akan mempersulit kelahiran bayi. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri. Rasional: untuk melancarkan sirkulasi darah dan mempercepat penurunan kepala. Anjurkan ibu untuk jalan – jalan di sekitar ruangan. Rasional: dapat membantu mempercepat penurunan kepala. Lakukan pendokumentasian. Rasional: merupakan bahan evaluasi, bukti pelayanan tindakan, tanggung jawab dan tanggung gugat bidan dalam asuhannya.

## **6. Pelaksanaan Asuhan**

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny.K. K intrapartal yaitu: Melakukan pendekatan pada ibu. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, telah dilakukan. Mengobserfasi KU, TTV dan kemajuan persalinan tiap 4 jam / bila ada keluhan. TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36 °C, RR: 19 X/menit, N: 78 X/menit, DJJ: (+) Frekuensi : 128 X/menit, Menginformasikan hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga, hasil pemeriksaan ibu mengerti dengan keadaanya. Mengajarkan pada ibu untuk menarik nafas panjang jika ada his, teknik relaksasi telah diajarkan pada ibu. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum di sela – sela kontraksi. imakan dan minum di sela-sela kontraksi telah dilakukan. Menganjurkan ibu untuk tidak meneran saat ada his

ketika pembukaan belum lengkap.ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri. ibu mengerti dan bersedia tidur miring kiri. Menganjurkan ibu untuk jalan – jalan di sekitar ruangan. jalan dalam ruangan telah dilakukan

## 7. Evaluasi

Pukul 00.15 wita Ibu mengatakan merasa ada dorongan untuk meneran seperti ingin BAB, keluar lender dan darah bertambah banyak dari jalan lahir, keluar air-air yang banyak dari jalan lahir  
 Ku ibu baik, kesadaran :composmentis, TD : 110/80 mmHg,  
 S : 37°C, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, perineum menonjol,vulva membuka, ketuban pecah spontan, cairan ketuban jernih, Pembukaan: 10 cm

Pastikan persalinan

1. Siap diri
2. Siap keluarga
3. Persiapan pertolongan persalinan
4. Menolong persalinan

Melakukan penanganan kala II AsuhanPersalinan Normal, pukul 00.10 WITA

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua (Do-Ran, Tek-Nus, Per-Jol, Vul-Ka)

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa



pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT: vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK depan, tidak ada molase, TH III-IV.

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas)
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir, DJJ 140 x/menit.
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
14. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau

mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Ibu tidak ingin jalan ibu hanya ingin tidur saja. Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat kepala lahir

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung, bokong, tungkai dan ke arah kaki . pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

25. Melakukan penilaian sepiantas : bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi lahir spontan menangis, dilakukan langkah awal selama 30 detik, bayi menangis kuat bernapas tanpa kesulitan, dan bayi bergerak aktif
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama ( ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29. Segera mengeringkan bayi, dimulai dari muka, kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu
30. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi

lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

32. Memberi tauh kepada ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi dengan baik.

**Padatanggal 24–07–2016, pukul 00.15 WITA bayi lahir spontan, lahir langsung menangis, jenis kelamin laki-laki dan diberi penatalaksanaan Inisiasi Menyusui Dini**

### **Kala III**

Ibu mengatakan merasa senang karena dapat melahirkan bayinya secara spontan dan selamat, ibu juga mengatakan perutnya terasa mules

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, ada tanda-tanda pelepasan plasenta, perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah mendadak

P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>3</sub>, dalam pemantauan kala III

Manajemen aktif kala III

Melakukan manajemen aktif kala III

33. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kraniel) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu)
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kraniel hingga plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kraniel)
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan

memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut

39. Segera setelah plasenta dan selaputketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik massage
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus
41. Mengevaluasi tidak adanya laserasi pada vagina dan perineum

**Pukul 00.20 WITA plasenta lahir spontan, selaput choriondan amnion utuh, kotiledon lengkap, tali pusat insersi lateralis, panjang talipusat  $\pm$  50cm**

#### **Kala IV**

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan terasa lemas

Keadaan umum baik, kesadaran :composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 37°C, N : 80 x/menit,

RR=18x/menit

TFU : 2 jari bawah pusat

Kandung kemih : Kosong

Perdarahan :  $\pm$  100 cc

Perineum : lakukan penjahitan

P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>3</sub>dalam pemantauan kala IV

Melakukan prosedur kala IV persalinan

42. Meniai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik perdarahan pervaginam
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamik k1, 1 mg IM di paha kiri anterolateral
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepattis B di paha kanan anterolateral
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan massage uterus dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah



49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
50. Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi)
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum yang diinginkannya
55. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang),  
periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV

Antropometri Bayi

BB : 3.500 gram

PB : 50 cm

LK : 34 cm

LD : 34 cm

LP : 31 cm

- a. Catatan perkembangan hari pertama

Tanggal : 24-07-2016 Jam : 07.00 wita

Evaluasi pada ibu postpartum P3 A0 AH3 pada hari Kamis tanggal 24-07-2016, didapatkan hasilnya sebagai berikut data subyektif, ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah berkurang, ibu sudah merasa lega dan senang, data obyektif didapatkan hasilnya keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 120/80 mmhg, Nadi: 82 kali/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 20 kali/menit, kontraksi uterus baikTFU 2 jari bawah pusat, lochea rubra 2 kali ganti pembalut, mobilisasi sudah dilakukan.

Assessment untuk kasus saat ini post partum P3 A0 AH3 hari pertama. Penatalaksanaan asuhan kebidanan adalah Mengobservasi tanda-tanda vital dan kontraksi uterus, sudah dilakukan. Menjelaskan pada ibu dan keluarga cara

melakukan masase untuk mencegah perdarahan, ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi seperti miring kiri, miring kanan dan duduk, ibu sudah bisa melakukan mobilisasi tanpa bantuan bidan. Menjelaskan pada ibu untuk menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia setelah BAK/BAB menggunakan sabun dan air bersih, sudah dilakukan. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB/BAK karena kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi uterus untuk berkontraksi, ibu bersedia mengikutinya. Melayani makan dan minum dan memonitor kebutuhan nutrisi ibu dan ibu menghabiskan porsi makan yang disediakan, sudah dilakukan. Melayani obat oral Vitamin A, Amoxicillin 1 tablet, asam mafenamat 1 tablet untuk diminum sesudah makan, ibu melaksanakannya secara teratur sesuai dengan dosis yang diberikan dari puskesmas. Memotivasi ibu untuk memberikan ASI Eksklusif dan beri ASI sesering mungkin pada bayi, yaitu setiap 2 jam atau jika bayinya rewel ingin minum, Ibu memahami dan memberikan ASI setiap 2 jam atau jika bayinya rewel ingin minum. Menjelaskan pada ibu tanda bahaya pada masa nifas yaitu demam, bengkak pada wajah dan ekstremitas, nyeri pada pinggang, muntah-muntah, payudara bengkak, keras dan tegang, sakit kepala

berlebihan, pengeluaran darah yang berbau dari jalan lahir, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

b. Catatan perkembangan hari kedua

Tanggal : 25-07-2016 Jam : 07.00 wita

Evaluasi pada ibu post partum P3 A0 AH3 didapatkan hasilnya sebagai berikut data subyektif yaitu ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah berkurang., data obyektif yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah: 110/80 mmhg, nadi: 80 kali/menit, RR: 20 kali/menit, suhu: 36,8°C, kontraksi uterus baik, TFU 3 jari bawah pusat, lochea rubra.

Assesment pada kasus saat ini postpartum normal P3 A0 AH3 hari kedua.

Penatalaksanaan asuhan kebidanan adalah Mengobservasi tanda-tanda vital dan kontraksi uterus, sudah dilakukan. Melayani obat oral Amoxicillin 1 tablet, asam mafenamat 1 tablet untuk diminum sesudah makan dan ibu melaksanakannya secara teratur sesuai dengan yang diberikan dari puskesmas. Menjelaskan pada ibu cara merawat payudara yang baik dan benar seperti menjaga agar tangan dan putting susu selalu bersih, mencuci tangan dan air sebelum menyentuh putting susu dan sebelum menyusui bayi, harus mencuci tangan sesudah BAB/BAK atau menyentuh

sesuatu yang kotor, membersihkan payudara dengan air bersih 1 kali sehari, licinkan dengan kedua telapak tangan dengan baby oil, tidak boleh mengoles cream, minyak, alcohol atau sabun pada puting susu, menggunakan bra yang dapat menopang payudara, massage payudara/breastcare, letakan kedua telapak tangan diantara kedua payudara, gerakan memutar, kesamping dan kebawah sebanyak 10-15 kali, tangan kiri menopang payudara kiri, tangan mengurut payudara dari pangkal kearah puting susu sebanyak 10-15 kali, lakukan hal yang sama pada payudara sebelah kanan, sudah dilakukan. Menjelaskan pada ibu cara perawatan tali pusat dirumah seperti tali pusat tidak boleh dibubuhi apapun seperti bedak dan minyak, sudah dilakukan. Menjelaskan pada ibu untuk merawat luka jahitan dengan cara mencuci bersih daerah genitalia setelah BAB/BAK kemudian dikeringkan menggunakan tisuue atau handuk bersih dan kering dan tidak boleh di kompres dengan air panas.

## **KUNJUNGAN RUMAH**

**IBU NIFAS Ny P. H. P3 A0 AH3, POST PARTUM NORMAL**

**TANGGAL 24 S/D 25-07-2016**

### **1. Kunjungan Rumah Hari Pertama**

Tanggal 26-07-2016

Evaluasi pada ibu post partum P3 A0 AH3 hari ketiga, didapatkan hasilnya sebagai berikut data subyektif ibu mengatakan tidak ada keluhan dan masih keluar darah warna merah dan sering menyusui bayinya tiap 2 jam, data obyektif didapatkan hasilnya keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi 80 kali/menit, suhu: 36,5°C, RR: 18 kali/menit, kontraksi uterus: baik, TFU 2 jari bawah pusat, lochea rubra.

Assessment untuk kasus ini postpartum P3 A0 AH3 hari ketiga. Penatalaksanaan asuhan kebidanan adalah melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, menginformasikan pada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan: keadaan umum baik, TD: 120/80 mmhg, Nadi: 80 kali/menit, Suhu: 36,5°C, kontraksi uterus: baik, TFU 2 jari bawah pusat, lochea sanguilenta, keadaan ibu dan bayi baik. Menjelaskan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama makanan yang merangsang produksi ASI seperti sayuran (daun katuk, daun kelor dan sayuran hijau lainnya), ikan, tempe, tahu dan air putih 8-12 gelas/hari, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Menjelaskan pada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif sampai 6

bulan dan tidak memberikan minuman lain selain ASI kecuali sirup obat dan memberikan ASI sesering mungkin yaitu setiap 2 jam atau jika bayinya rewel ingin minum, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya untuk membawa anaknya setiap bulan ke posyandu untuk di timbang dan di imunisasi dasar lengkap, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Menjelaskan pada ibu cara perawatan bayi baru lahir dirumah seperti memandikan bayi, menjemur bayi pada sinar matahari pagi setiap hari pada pukul 07.00-08.00 wita dan mencegah agar bayi tidak kedinginan, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Menjelaskan pada ibu tanda bahaya pada bayi seperti bayi kejang, bayi kebiruan, bayi kuning, tidak mau menyusu, ibu mengerti dan menerima penjelasan yang diberikan.

## **2. Kunjungan Rumah Hari Kedua**

Tanggal 27-07-2016

Evaluasi pada ibu post partum P3 A0 AH3 hari keempat didapatkan hasilnya sebagai berikut data subyektif, ibu mengatakan masih keluar cairan berdarah lagi berwarna kuning, data obyektif didapatkan hasilnya keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah : 120/80 mmhg, nadi: 81 kali/menit, suhu: 36,5°C, RR: 18 kali/menit, kontraksi uterus: baik, TFU 3 jari bawah pusat, lochea sanguilenta.

Assessment untuk kasus ini post partum P3 A0 AH3 hari keempat. Penatalaksanaan asuhan kebidanan adalah Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, menginformasikan pada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan : keadaan umum baik, TD: 120/80 mmhg, Nadi 81 kali/menit, suhu: 36,5 °C , RR: 18 kali/menit, kontraksi uterus: baik, TFU 3 jari bawah pusat, keadaan ibu dan bayi baik. Menjelaskan pada ibu untuk tetap memberikan ASI sesering mungkin yaitu setiap 2 jam atau jika bayinya rewel ingin minum, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Menjelaskan pada ibu untuk memberi ASI kepada bayinya sampai berusia 6 bulan, ibu mengerti dan mau melakukannya dan bersedia memberikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan. Memberikan konseling pada ibu dan suami tentang alat kontrasepsi seperti Suntik, Implan dan IUD, ibu dan suami belum memutuskan

### **3. Kunjungan rumah hari ketiga**

Tanggal 28-07-2016

Evaluasi pada ibu post partum P3 A0 AH3 hari kelima, didapatkan hasilnya sebagai berikut data subyektif, ibu mengatakan masih keluar cairan tidak berdarah lagi berwarna kuning, data obyektif didapatkan hasilnya keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah :110/80 mmhg, nadi : 82 kali/menit, suhu: 36,6°C, RR: 18 kali/menit, kontraksi uterus: baik, TFU 3 jari bawah pusat, lochea sanguilenta.



Assessment untuk kasus ini post partum P3 A0 AH3 hari kelima. Penatalaksanaan asuhan kebidanan adalah Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, menginformasikan pada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan: keadaan umum baik, TD : 110/80 mmhg, Nadi: 82 kali/menit, suhu: 36,6 °C , RR: 18 kali/menit, kontraksi uterus: baik, TFU 3 jari bawah pusat, keadaan ibu dan bayi baik. Menjelaskan pada ibu untuk menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genitalia setelah BAB/BAK menggunakan sabun dan air bersih, ibu mengerti dan mau melakukannya. Menganjurkan ibu untuk menggunakan KB, ibu dan suami memilih KB IUD. Menjelaskan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 29-07-2016.

## **4.2 PEMBAHASAN**

### **1. Pengkajian**

Tanda – tanda persalinan menurut Hidayat (2010), yaitu:

#### **a. Terjadi his persalinan**

His persalinan mempunyai sifat:

- 1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan
- 2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- 3) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- 4) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah

b. *Bloody show* (keluarnya lendir bercampur darah dari vagina).

Saat his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

Pada kasus ini didapatkan hasil anamnesis pada Ny. P. H mengeluh nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak pukul 14.00 wita (23-07-2016).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. P. H ditemukan adanya kesesuaian antara teori menurut Hidayat (2010), bahwa ibu yang ingin melahirkan akan mengalami tanda dan gejala seperti nyeri pinggang menjalar keperut, keluar lendir bercampur darah dan pengeluaran cairan dari jalan lahir.

## 2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut dapat diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnose dan masalah yang spesifik, baik rumusan masalah maupun masalah,

keduanya harus ditangani (Soepardan, 2007). Berdasarkan teori menurut Wiknjosastro (2002), data subjektif yang dikaji yaitu: ibu hamil anak beberapa, pernah melahirkan berapa kali, pernah keguguran atau tidak, anak hidup berapa orang. Adanya tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya. Data objektif yang di kaji yaitu: keadaan umum, kesadaran, TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

Pada kasus Ny. P.H diagnose kebidanan pada persalinan normal G3 P2 A0 AH2 UK 39 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif. Adanya tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering dan teratur, adanya lender dan darah dari jalan lahir disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya. Data obyektif yang dikaji yaitu keadaan umum, kesadaran, TTV dan pemeriksaan fisik.

Berdasarkan diagnose intrapartal normal dapat ditegakkan melalui anamneses, pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik. Dari data diatas ditegakkan diagnose G3 P2 A0 AH2 UK 39 minggu

5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif. Pemeriksaan yang tidak dilakukan pada kasus ini adalah pemeriksaan laboratorium khususnya pemeriksaan Hb, karena pemeriksaan Hb dilakukan setelah melahirkan atau pada saat masa nifas pada kunjungan nifas di puskesmas.

### **3. Antisipasi Masalah Potensial**

Diagnosa potensial ditegakan berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/ masalah potensial benar-benar terjadi (Mangkuji, 2012).

Pada kasus Ny P. H antisipasi masalah potensial tidak ada.

### **4. Tindakan Segera**

Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergensi atau darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (Varney, 2007).

Pada kasus Ny. P. H. tidak ada tindakan segera yang perlu dilakukan.

## 5. Perencanaan

Menurut Varney (2007), Langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Bidan juga melakukan asuhan sayang ibu dan bayi saat proses persalinan berlangsung. Bidan memberikan asuhan sayang ibu dan bayi dengan melakukan pencegahan infeksi dan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Pencegahan infeksi disini dimaksudkan untuk memutuskan rantai penyebaran infeksi yang mungkin terjadi antara ibu, bayi baru lahir dan para penolong. Pencegahan infeksi yang dilakukan dengan memakai sarung tangan, mengenakan perlengkapan perlindungan diri (kaca mata, masker, celemek, dll), waspada dan berhati-hati dalam menangani benda tajam, melakukan proses dekontaminasi dan menangani peralatan yang terkontaminasi merupakan cara-cara untuk meminimalkan risiko infeksi.

Mengikutsertakan suami dan keluarga saat proses persalinan juga merupakan asuhan sayang ibu yang sangat penting untuk dilakukan karena banyak hasil penelitian yang menunjukkan bahwa jika ibu diperhatikan dan diberikan dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima,

mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik (APN 2008).

Pendekatan manajemen pengurangan rasa sakit secara nonfarmakologi. Metode ini mengurangi rasa sakit yang diberikan secara terus menerus dalam bentuk dukungan yang membantu dalam kemajuan persalinan, hasil kelahiran bertambah baik dan bersifat sayang ibu. Salah satu teknik relaksasi yang diajarkan kepada ibu yaitu menarik dan mengeluarkan napas dalam setelah masing-masing kontraksi. Relaksasi ini dapat diajarkan ketika seorang ibu berada pada persalinan aktif, jika ia belum mengetahuinya. Teknik ini terdiri dari ibu mengambil napas dalam dan kemudian mengeluarkan semuanya dengan suatu hembusan kuat setelah kontraksi selesai. Menganjurkan ibu untuk minum dan makan di antara kontraksi. Ibu akan mudah mengalami dehidrasi selama persalinan dan kelahiran. Untuk mempertahankan kondisi yang optimal pada ibu dan janin, pastikan ibu mendapatkan cukup asupan cairan (Varney, 2007).

Mengatur posisi ibu mendedan dengan posisi jongkok, menungging, tidur miring, atau setengah duduk. Menurut Varney (2013) posisi mendedan atau meneran adalah posisi yang nyaman bagi ibu bersalin. Ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama kala II, karena hal ini sering kali mempercepat kemajuan

persalinan dan ibu mungkin merasa meneran secara efektif pada posisi tertentu yang dianggap nyaman bagi ibu.

Pada kasus Ny. P. H.. perencanaan yang dilakukan adalah Informasikan hasil pemeriksaan, anjurkan ibu untuk jalan-jalan dalam ruangan, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, ajarkan ibu teknik relaksasi, ajarkan ibu cara mengedan, lakukan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah APN dan lakukan pendokumentasian.

Rencana tindakan pada kasus Ny. P. H. mengacu pada kebutuhan pasien, jadi dalam perencanaan ditemukan adanya kesesuaian antara teori dan kasus.

## **6. Pelaksanaan**

Menurut Hidayat (2010) Rencana asuhan menyeluruh seperti telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien, efektif, dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Pada langkah ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosa yang ditegakkan.

Pada kasus Ny. P. H. pelaksanaan dari rencana tindakan yang dilakukan oleh bidan adalah menginformasikan hasil pemeriksaan, mencuci tangan, menganjurkan ibu untuk jalan-jalan dalam ruangan, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, mengajarkan ibu teknik relaksasi, mengajarkan ibu cara mengedan,

melakukan pertolongan persalinan sesuai 58 langkah APN dan melakukan pendokumentasian.

## 7. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses asuhan kebidanan yang diberikan. Dimana tahap ini ditemukan keberhasilan dalam mengatasi masalah yang dihadapi oleh klien. Dari evaluasi yang dilakukan tidak ditemukan tanda-tanda gawat janin.

Tanggal : 24-07-2016

Pukul : 00.15. wita

Bayi lahir spontan, menangis kuat, warna kulit kemerahan dan tonus otot baik.

Tanggal : 24-07-2016

Pukul : 00.20 wita

Plasenta lahir spontan, selaput dan kotiledon lengkap, insersi lateralis, kontraksi uterus baik, laserase derajat 2, perdarahan  $\pm 150$  cc, panjang tali p usat 50 cm, diameter plasenta 20 cm.

Tanggal : 24-07-2016

Pukul : 00.20 wita

Kala IV : TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, teraba keras dan bundar pada fundus, kandung kemih kosong, perdarahan  $\pm 150$  cc, laserase derajat 2 lakukan prosedur pasca persalinan, pasca tindakan, evaluasi bersih/aman, melengkapi partograf, implementasinya memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan terhadap kasus ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada kasus Ny. P. H. Ibu bersalin dengan persalinan normal pengkajian menunjukkan bahwa etiologi persalinan normal karena ibu memiliki faktor penyebab persalinan normal seperti yang disebutkan pada teori.
2. Penegakan Diagnosa pada Ny. P. H. Ibu bersalin dengan persalinan normal yaitu sesuai dengan hasil pengkajian secara subyektif dan objektif demikian dapat ditegakan Diagnosa G3 P2 AH2 UK 39 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I.
3. Sesuai dengan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu dan bayi tidak ditemukan adanya masalah potensial.
4. Sesuai dengan analisa masalah potensial yang terjadi maka tidak ada tindakan segera yang perlu dilakukan pada By. Ny. P. H.
5. Perencanaan yang dibuat adalah sesuai dengan keadaan umum ibu dan janin yaitu dengan perencanaan persalinan pervaginam dengan 58 langkah asuhan persalinan normal serta penatalaksanaan bayi baru lahir.

6. Pelaksanaan pertolongan persalinan pada Ny. P. H. Ibu bersalin dengan persalinan normal dilakukan dengan 58 langkah asuhan persalinan normal.
7. Pada tahap evaluasi semua pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang ada dengan hasil ibu dan bayi yang telah lahir dalam keadaan baik. Berat badan lahir 3500 gram, ibu dan bayi telah diberi asuhan sesuai dengan perencanaan.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka Penulis dapat menyampaikan berbagai saran sebagai berikut :

### **1. Bagi penulis**

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang penulisan peneliti dan asuhan persalinan normal serta dapat menjadi bahan pedoman bagi peneliti lanjutan

### **2. Bagi Profesi**

a. Bidan diharapkan agar dapat selalu mempertahankan dan meningkatkan kompetensinya, sehingga dalam menerapkan asuhan kebidanan terhadap klien sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

b. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada klien hendaknya selalu menerapkan manajemen kebidanan karena merupakan metodologi dalam melakukan asuhan kebidanan yang mempunyai kontribusi dalam membuat solusi asuhan yang

berkaitan dengan diagnosa kebidanan, masalah maupun kebutuhan klien.

### 3. Bagi Institusi

Diharapkan dengan karya tulis ini, dapat dijadikan sebagai bahan referensi di perpustakaan untuk meningkatkan kualitas pendidikan kebidanan.

## DAFTAR PUSTAKA

Afiyanti. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT

Raja Grafinda Persada

Asri, Dwi, dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika

Asrinah, Putri S S, dkk. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta:

Graha Ilmu

Depkes. 2007. *Buku Acuan Persalinan Normal*. Jakarta: Departemen Kesehatan

Republik Indonesia

Dewi Asri H, dan Cristine Clervo P.(2012). *Asuhan Persalinan Normal Plus Contoh*

*Askeb dan Patologi Persalinan*. Jakarta: Graha Ilmu

Fraser, Daniel. 2009. *Myles Buku Ajar Bidan*. Jakarta: EGC

Hidayat, dkk. 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

Hidayat, A. A. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta:

Salemba Medika

Hyre, Anne. 2003. *Asuhan Antenatal*. Jakarta: Pusdiknakes

Ilmiah, Widia. 2015. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta. Nuha Medika

Jannah, Nurul. 2011. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: AR-Rizz Media

JNPK – KR. 2007. *Asuhan Persalinan Normal*. ED.3. Jakarta: Jaringan Nasional

Pelatihan Klinik.

K. Deswani. 2010. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika

- Kuswanti. 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mangkuji. 2012. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Manuaba I B G.1998. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Marimbi, Hanum. 2009. *Sosiologi Dan Antropologi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Maryunani. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nurasiah, Al. 2012. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung: Refika Aditama
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Prawirohardjo S. 2008. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prof Dr. Sugiono. 2011. *Metode Penelitian Pendidikan, Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta
- Retna, Ambarwati. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta. Salemba

Medika

Rochjati, Poedji. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Hamil Normal Dan Patologi*.

Yogyakarta: Nuha Medika

Sastroasmoro, dkk. 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta:

Jaringan Nasional Pelatihan klinik

Soepardan S. 2007. *Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC

Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R/D*. Bandung:

Alfabeta

Sulistyawati,Ari. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya

Sumarah, dkk. 2008. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramay

Varney, 2008. *Asuhan Kebidanan Volume 2*. Jakarta: EGC

Varney, H, dkk. 2007. *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC

Varney,Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 volume 2*. Jakarta:

EGC

Wafi Nur Muslihatun, dkk. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta:

Fitramaya

Wiknjosastro, Gulardi, dkk. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta:

Yayasan Bina

Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Yongky, dkk. 2012. *Asuhan Pertumbuhan Kehamilan Persalinan Neonatus*

*Bayi Dan*

*Balita*.Yogyakarta: Nuha Medika

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. P.H G<sub>3</sub>P<sub>2</sub> A<sub>0</sub>AH<sub>2</sub>UMUR KEHAMILAN 38  
MINGGU 5 HARI DI PUSKESMAS SIKUMANA RAWAT INAP**

**I. PENGKAJIAN**

Tanggal pengkajian : 23-07-2016 Jam : 21.10 Wita  
Oleh mahasiswa : Yulensi Anggriani. Littik

**1. BIODATA**

Nama ibu	: Ny. P.H	Nama suami	: Tn. J.G
Umur	: 33 Tahun	Umur	: 35 Tahun
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
Suku	: Sulawesi	Suku	: Sulawesi
Pendidikan	: D-III	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Pendeta	Pekerjaan	: Pendeta
Alamat rumah	: Oepura		

**2. DATA SUBYEKTIF**

**a. Keluhan utama :**

Ibu mengeluh merasakan sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang pukul 14.00 Wita tetapi belum keluar lendir dan darah, pergerakan anak dirasakan aktif dan sering.

**b. Riwayat Menarche**

1) Menarche	: 12 tahun
2) Siklus	: 28 hari

- 3) Lamanya darah : 3-4 hari
- 4) Sifat darah : Encer
- 5) Nyeri haid : Tidak ada
- 6) HPHT : 18-10-2015
- 7) TP : 25-07-2016

c. Riwayat Menikah

- 1) Status pernikahan : Sah
- 2) Lamanyamenikah : 6 tahun
- 3) Umur pada saat menikah : 27 tahun

d. Riwayat kehamilan yang lalu

- 1) Pergerakan anak dirasakan sejak : Usia kehamilan 5 bulan
- 2) ANC berapa kali : 4 kali
- 3) Tempat ANC : Puskesmas Sikumana

e. Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernahdiderita

- 1) Jantung : Tidakada
- 2) HIV/AIDS : Tidakada
- 3) Hipertensi : Tidakada
- 4) Hepatitis : Tidakada
- 5) Jiwa : Tidakada
- 6) Campak : Tidakada
- 7) Varicela : Tidakada



8) Malaria : Tidakada

9) Lain-lain : Tidakada

f. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

1) Jantung : Tidakada

2) Hipertensi : Tidakada

3) Hepatitis : Tidakada

4) Jiwa : Tidakada

5) Campak : Tidakada

6) Varicela : Tidakada

7) Malaria : Tidakada

8) lain-lain : Tidakada

g. Keadaan psikososial

1) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: Ibu dan keluarga senang terhadap kehamilan ini

2) Dukungan keluarga : Ada

3) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari : Ibu melakukan pekerjaan seperti memasak, mencuci, menyapu.

4) Jeniskelamin yang diharapkan : Laki-laki dan perempuan sama saja

5) Pengambilan keputusan dalam keluarga : Bersama-sama

6) Perilaku kesehatan

a) Rokok : Tidak

b) Konsumsi obat terlarang : Tidak

c) Minum kopi : Tidak

h. Latar belakang budaya

1) Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan

2) Pantangan makanan : Tidak ada

3) kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan: Tidak ada

4) kepercayaan yang berhubungan dengan nifas : Tidak ada

i. Riwayat seksual

Apakah ada perubahan pola hubungan seksual:

1) TM I : Tidak ditanyakan

2) TM II : Tidak ditanyakan

3) TM III : Tidak ditanyakan

Apakah ada penyimpangan atau keluhan seksual: Tidak ada

j. Riwayat makanan

Sebelum hamil:

1) Jenis makanan pokok : Nasi, sayur

2) Porsinya : 1 piring makan

3) Lauk pauk : Tahu, tempe, ikan

4) Minum : Air putih 8 gelas / hari

5) Keluhan : Tidak ada

Selama hamil

- 1) Jenis makanan : Nasi, sayur
- 2) Porsinya : 3-4 x makan
- 3) Lauk pauk : Tahu, tempe, ikan, telur, daging
- 4) Minum : Air putih 8 gelas/hari, susu 2 gelas/hari
- 5) Keluhan : tidak ada

k. Riwayat pola eliminasi

1) BAK

Sebelum hamil:

- a) Frekuensi : 4-5 kali/hari
- b) Bau : Khas urine

Selamahamil

- a) Frekuensi : 7-8 kali/ hari
- b) Bau : khas urine

2) BAB

Sebelum hamil

- a) Frekuensi : 1-2 kali/hari
- b) Bau : Khas Feses
- c) Konsistensi : Lembek
- d) Keluhan : Tidak ada

Selama hamil

- a) Frekuensi : 2-3 kali/hari
- b) Bau : Khas Feses
- c) Konsistensi : Lembek
- d) Keluhan : Tidak ada

I. Riwayat pola istirahat

Sebelum hamil

- 1) Tidursiang : 2-3 jam/ hari
- 2) Tidurmalam : 7-8 jam/hari

Selama hamil

- 1) Tidur siang : 1 jam/ hari
- 2) Tidur malam : 5-6 jam/hari

m. Riwayat kebersihan diri

- 1) Mandi : 2 kali/hari
- 2) Sikatgigi : 2 kali/hari
- 3) Gantipakaiandalam : 3 kali/hari
- 4) Ganti pakaian luar : 1 kali/hari
- 5) Perawatan payudara : Dilakukan sejak hamil dengan menggunakan minyak kelapa sebelum mandi

### 3. DATA OBYEKTIF

#### a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum : Baik

2) Kesadaran : Composmentis

3) Bentuk tubuh : Lordosis

4) Ekspresi wajah : Kadang meringis

5) Tanda-tanda vital :

Suhu : 36,0°C                      TD : 120/80 mmHg

Nadi : 78 kali/menit                      RR : 19 kali/menit,

TB : 155 cm

6) BB sebelum hamil : 48 kg

7) BB saat hamil : 59 kg

8) LILA : 27 cm

#### b. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

a) Kepala : Normal

b) Rambut : Bersih, tidak rontok

c) Wajah :

(1) Bentuk : Oval

(2) Pucat : Tidak

(3) Cloasma gravidarum : Ada

(4) Oedema : Tidak ada

d) Mata

- (1) Conjunctiva : Merah muda
- (2) Sclera : Putih
- (3) Oedema : Tidak ada

e) Mulut

- (1) Mukosa bibir : Lembab
- (2) Warna bibir : Merah muda
- (3) Stomatis/sariawan : Tidak ada

f) Gigi

- (1) Kelengkapan gigi : Lengkap
- (2) Caries gigi : Tidak ada

g) Tenggorokan:

- (1) Warna : Merah muda
- (2) Tonsil : Tidak ada

h) Leher:

- (1) Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak
- (2) Adakah pembesaran kelenjar thyroid : Tidak
- (3) Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak

i) Dada:

- (1) Bentuk : Simetris

(2) Mamae

Bentuk : Simetris, membesar

Areola : Hiperpigmentasi

Putting susu : Menonjol dan bersih

j) Perut

(1) Bentuk : Membesar sesuai UK

(2) Linea nigra : Ada

(3) Striealbicans / alba : Tidak ada

(4) Bekas luka operasi : Tidak ada

k) Ekstremitas

(1) Bentuk : Normal

(2) Varices : Tidak ada

(3) Oedema :Tidak ada

l) Vulva vagina dan anus:

(1) Bentuk : Normal

(2) PPV : Ada lendir darah

(3) Varises : Tidak ada

(4) Haemoroid :Tidak ada

2) Palpasi

a) Kepala : Normal, tidakadabenjolan

b) Leher :

- (1) Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak
- (2) Adakah pembesaran kelenjar thyroid : Tidak
- (3) Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak

c) Perut:

- (1) Leopold I : TFU (32 cm), pada fundus teraba bagian besar, bulat, lunak, dan kurang melenting(bokong)
- (2) Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, memanjang seperti papan(punggung janin) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian terkecil janin, punctum maksimum berada di sebelah kanan di bawah pusat.
- (3) Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bagian besar, bulat, keras dan tidak melenting(kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul
- (4) Leopold IV : Kepala sudah masuk pintu atas panggul(3/5) (divergen)
- (5) Mc Donald : TFU 32 cm
- (6) TBBAJ : 3200 gram

3) Auskultasi:

- a) DJJ : (+)
- b) Frekuensi : 128 x/menit



4) Perkusi:

Reflex patella : Tidak dilakukan

c. PEMERIKSAAN DALAM

Tanggal : 23-07-2016 Jam: 21.20 WITA

Oleh : Yulensi Anggriani. Littik

1) Vulva : Normal

2) Vagina : Normal

3) Portio : Tebal

4) Pembukaan : 4 cm

5) Kantong ketuban : utuh

6) Bagianterendah : Kepala

7) Posisi : Ubun-ubun kecil kanan depan

8) Turunh hodge : 1

d. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

1) Urine

a) Reduksi : -

b) Albumin : -

2) Darah

a) HB : -

b) Golongandarah : -

e. PEMERIKSAAN KHUSUS

1) USG : Tidak dilakukan

2) Rontgen : Tidak dilakukan

**II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA**

Diagnosa	Data dasar
Dx : Ibu G <sub>3</sub> P <sub>2</sub> A <sub>0</sub> AH <sub>2</sub> Uk 39 minggu + 5 hari Janin Tunggal, Hidup Intra Uterine, Letak Kepala, inpartu kala 1 fase aktif.	DS : Ibu mengatakan hamil anak ketiga, tidak pernah keguguran, haid terakhir tanggal 18-10-2016 pergerakan janin dalam 24 jam terakhir masih dirasakan. Ibu mengatakan merasakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang pukul 14.00 wita tetapi belum keluar lender dan darah  DO : TP : 25-07-2016 UK : 39 minggu + 5 hari KU : Baik, Kesadaran : Composmentis TTV : TD : 120/80 mmHg, S: 36 °c, RR: 19 x/menit, N : 78 x/menit  BB : 59 kg Lila : 27 cm 1. Inspeksi: Wajah : Tidak pucat, tidak ada oedema Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada oedema 2. Palpasi: Dada : Payudara normal, putting susu menonjol, ada hyperpigmentasi pada areola mammae, colostrums (+) / (+)

	<p>Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe</p> <p>Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, ada striae albicans, ada linea nigra</p> <p>Ekstremitas : Oedema (-), Varises (-)</p> <p>a. Leopold I : TFU (32 cm), pada fundus teraba bagian besar, bulat, lunak, dan kurang melenting(bokong)</p> <p>b. Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, memanjang seperti papan(punggung janin) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian terkecil janin, punctum maksimum berada di sebelah kanan di bawah pusat.</p> <p>c. Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bagian besar, bulat, keras dan tidak melenting(kepala), kepala sudah masuk pintu atas panggul</p> <p>d. Leopold IV : Kepala sudah masuk pintu atas panggul(3/5) (divergen)</p> <p>e. Mc Donald : TFU 32 cm</p> <p>f. TBBA : 3200 gram</p> <p>3. Auskultasi:</p> <p>a. DJJ : (+)</p> <p>b. Frekuensi : 128 x/menit</p>
--	---

	<p>4. Pemeriksaan dalam</p> <p>a. Vulva : Tidak ada oedema</p> <p>b. Vagina : Tidak ada kelainan</p> <p>c. Portio : Tebal</p> <p>d. Pembukaan : 4 cm</p> <p>e. Kantong ketuban: Utuh</p> <p>f. Bagian terendah: Kepala</p> <p>g. Posisi : Ubun-ubun kecil kanan depan</p> <p>h. Turun hodge : 1</p>
--	---

### **III.ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL**

Tidak ada masalah potensial yang mungkin terjadi

### **IV. TINDAKAN SEGERA**

Tidak perlu dilakukannya tindakan segera

## **V. PERENCANAAN**

Tanggal : 23-07-2016

Pukul : 21. 10 WITA

Dx : Ibu G<sub>3</sub> P<sub>2</sub> A<sub>0</sub> AH<sub>2</sub> UK 39 minggu 5 hari, Janin Tunggal

Hidup Intra Uterine, Letak Kepala, inpartu kala I fase aktif

1. lakukan pendekatan pada ibu.

R/ pendekatan merupakan cara efektif untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan bidan.

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.

R/ cuci tangan merupakan langkah pencegahan terjadinya transmisi kuman dan bakteri dari pasien ke bidan dan atau dari bidan ke pasien.

3. Observasi KU, TTV dan kemajuan persalinan tiap 4 jam / bila ada keluhan.

R/ dapat membantu bidan dan keluarga dalam memberikan asuhan

4. Informasikan hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga R/ informasi yang baik dan benar merupakan hak ibu dan keluarga sehingga lebih kooperatif dalam pemberian asuhan kebidanan.

5. Ajarkan pada ibu untuk menarik nafas panjang jika ada his. R/ Menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan pelan-

pelan melalui mulut untuk relaksasi dan mengurangi rasa nyeri saat ada his.

6. Anjurkan ibu untuk makan dan minum di sela – sela kontraksi.

R/ nutrisi yang adekuat akan memberikan tenaga pada ibu untuk meneran.

7. Anjurkan ibu untuk tidak meneran saat ada his ketika pembukaan belum lengkap.

R/ karena akan menyebabkan oedema jalan lahir sehingga akan mempersulit kelahiran bayi.

8. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri.

R/ untuk melancarkan sirkulasi darah dan mempercepat penurunan kepala.

9. Anjurkan ibu untuk jalan – jalan di sekitar ruangan.

R/ dapat membantu mempercepat penurunan kepala.

10. Lakukan pendokumentasian.

R/ merupakan bahan evaluasi, bukti pelayanan tindakan, tanggung jawab dan tanggung gugat bidan dalam asuhannya.

## VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 19-07-2016

Pukul : 20.15 WITA

Dx : Ibu G<sub>3</sub> P<sub>2</sub> A<sub>0</sub> AH<sub>2</sub> UK 39 minggu 5 hari janin, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, inpartukala I fase aktif

1. Melakukan pendekatan pada ibu.

M/ Pendekatan telah dilakukan

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan

M/ cuci tangan 7 langkah menggunakan sabun di air mengalir telah dilakukan

3. Mengobserfasi KU,TTV dan kemajuan persalinan tiap 4 jam / bila ada keluhan.

M/ TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36 °C, RR: 19 X/menit, N: 78 X/menit, DJJ: (+) Frekuensi : 128 X/menit,

4. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga  
m/ Hasil pemeriksaan ibu mengerti dengan keadaanya.

5. Mengajarkan pada ibu untuk menarik nafas panjang jika ada his  
M/ Teknik relaksasi telah diajarkan pada ibu.

6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum di sela – sela kontraksi.

M/ Makan dan minum di sela-sela kontraksi telah dilakukan.

7. Menganjurkan ibu untuk tidak meneran saat ada his ketika pembukaan belum lengkap.

M/ Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan.

8. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri.

M/ Ibu mengerti dan bersedia tidur miring kiri.

9. Menganjurkan ibu untuk jalan – jalan di sekitar ruangan.

M/ Jalan dalam ruangan telah dilakukan

## **VII. EVALUASI**

Tanggal : 23-07-2016

Pukul : 00.05 WITA

Diagnosa : G<sub>3</sub> P<sub>2</sub> A<sub>0</sub> AH<sub>2</sub>, UK 39 Minggu 5 hari, janin tunggal, hidup,  
Intrauterine, presentase kepala, inpartukala I, fase aktif

**S** : Ibu mengatakan merasa ada dorongan untuk meneran seperti ingin BAB, keluar lender dan darah bertambah banyak dari jalan lahir, keluar air-air yang banyak dari jalan lahir

**O** : Ku ibu baik, kesadaran : composmentis, TD : 110/80 mmHg,  
S : 37°C, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, perineum menonjol, vulva membuka, ketuban pecah spontan, cairan ketuban jernih.

**A** : Kala II

**P** : Pastikan perlengkapan:

5. Siap diri



6. Siap keluarga
7. Persiapan pertolongan persalinan
8. Menolong persalinan

I : Melakukan penanganan kala II Asuhan Persalinan Normal, pukul 00.10 WITA

59. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua (Do-Ran, Tek-Nus, Per-Jol, Vul-Ka)
60. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
61. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih
62. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih
63. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
64. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi

tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)

65. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi
66. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT: vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK depan, tidak ada molase, TH III-IV.
67. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas)
68. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir, DJJ 140 x/menit.

69. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya
70. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
71. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
72. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Ibu tidak ingin jalan ibu hanya ingin tidur saja. Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
73. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
74. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

75. Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
76. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
77. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat kepala lahir
78. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
79. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
80. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik

ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior

81. Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
82. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung, bokong, tungkai dan ke arah kaki . pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
83. Melakukan penilaian sepiantas : bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi lahir spontan menangis, dilakukan langkah awal selama 30 detik, bayi menangis kuat bernapas tanpa kesulitan, dan bayi bergerak aktif
84. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu
85. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira- kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama ( ke arah ibu).

86. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
87. Segera mengeringkan bayi, dimulai dari muka, kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu
88. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
89. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
90. Memberi tauh kepada ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi dengan baik.

**E : Padatanggal 24-07-2016, pukul 00.15 WITA bayi lahir spontan, lahir langsung menangis, jenis kelamin laki-laki dan diberi penatalaksanaan Inisiasi Menyusui Dini**

**Kala III**

- S** : Ibu mengatakan merasa senang karena dapat melahirkan bayinya secara spontan dan selamat, ibu juga mengatakan perutnya terasa mules
- O** : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, ada tanda-tanda pelepasan plasenta, perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah mendadak
- A** :  $P_3A_0AH_3$ , dalam pemantauan kala III
- P** : Manajemen aktif kala III
- I** : Melakukan manajemen aktif kala III

91. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)
92. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva
93. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat
94. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30-

40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu)

95. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
96. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut
97. Segera setelah plasenta dan selaputketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik massage



98. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus

99. Mengevaluasi tidak adanya laserasi pada vagina dan perineum

**E : Pukul 00.20 WITA plasenta lahir spontan, selaput chorion dan amnion utuh, kotiledon lengkap, tali pusat insersi lateralis, panjang talipusat  $\pm 50$ cm**

#### **Kala IV**

**S : Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan terasa lemas**

**O : Keadaan umum baik, kesadaran : compos mentis**

TTV : TD : 110/80 mmHg, S : 37°C, N : 80 x/menit,  
RR=18x/menit

TFU : 2 jari bawah pusat

Kandung kemih : Kosong

Perdarahan :  $\pm 100$  cc

Perineum : lakukan penjahitan

**A : P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>AH<sub>3</sub> dalam pemantauan kala IV**

**I : Melakukan prosedur kala IV persalinan**

100. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik perdarahan pervaginam

101. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
102. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamik k1, 1 mg IM di paha kiri anterolateral
103. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepattis B di paha kanan anterolateral
104. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
105. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan massage uterus dan menilai kontraksi
106. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
107. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
108. Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
109. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi)

110. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
111. Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
112. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum yang diinginkannya
113. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
114. Mencelupkan sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
115. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
116. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang),  
periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV

Antropometri Bayi

BB : 3.500 gram

PB : 50 cm

LK : 34 cm

LD : 34 cm

LP : 31 cm

## PARTOGRAF

No. Register

--	--	--	--	--	--	--

Nama ibu

My. P.H.

Umur 33 thn

G 3 P 2 A 0

No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--	--

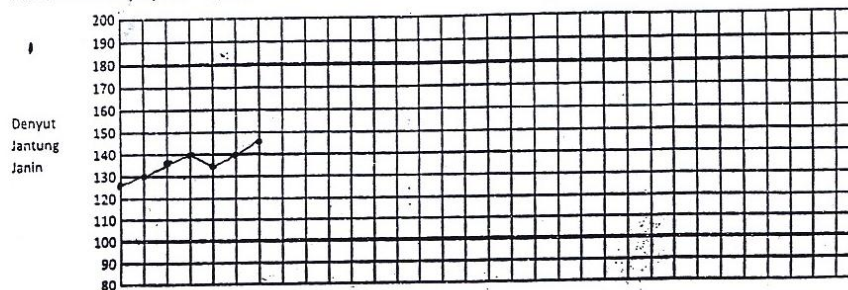
Tangeal

23/07/2016

lam 21.10 WITA

Ketuban Pecah sejak jam :

Mules Sejak jam : 14.00 WITA



Air Ketuban  
Penyusupan

[illegible]

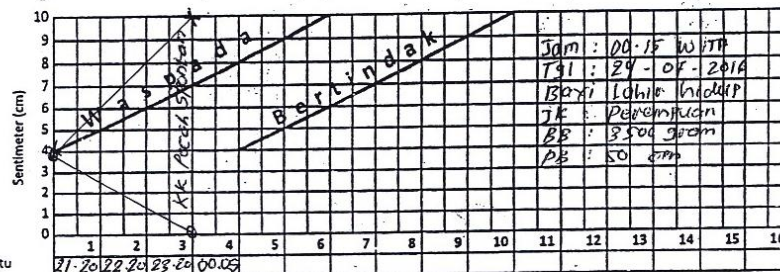
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x

**Turunnya Kepala**

Wakt  
(jam)

Kontraksi		< 20
tiap		20-40
10 menit		> 40

detik



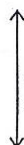
Oksitosin U/L  
Tetes / menit

[illegible]

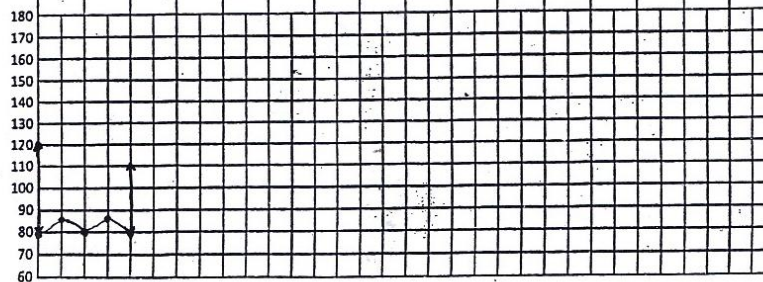
Obat dan Cairan IV

[illegible]

- Nadi



Tekanan  
Darah



Suhu °C

[illegible]

Urine — Protein  
Aseton  
Volume

[illegible]

## CATATAN PERSALINAN

- 1 Tanggal : 24-07-2016
- 2 Usia kehamilan : 39 minggu  
Prematur ☐ Aterm ☒ Postmatur
- 3 Letak : kepala
- 4 Persalinan : Normal Tindakan Seksio
- 5 Nama bidan : Raf. Selen
- 6 Tempat persalinan  
☐ Rumah Ibu ☒ Puskesmas  
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit  
Klinik Swasta Lainnya :  
7 Alamat tempat persalinan : Puskesmas Sukunegara
- 8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV
- 9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI
- 10 Tempat rujukan : ...
- 11 Pendamping pada saat merujuk : ☐ Bidan  
☐ suami ☐ keluarga ☐ dukun ☐ kader ☐ lain2

## CATATAN KELAHIRAN BAYI

- 1 Jenis Kelamin : LK ☒ PR ☐
- 2 Saat Lahir : Jam 08.00 Hari Selasa Tanggal 24-07-2016
- 3 Bayi : Lahir hidup Lahir mati :
- 4 Penilaian : (Tanda V ya x tidak)  
☒ Bayi napas spontan teratur  
☒ Gerakan aktif/tonus kuat  
☒ Air ketuban jernih
- 5 Asuhan bayi  
☒ Keringkan dan hangatkan  
☒ Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka  
☒ Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam  
☒ Vit K 1 mg di paha kiri atas  
☒ Salp mata/tetes mata
- 6 Apakah Bayi di Resusitasi?  
YA ☒ TIDAK ☐  
Jika YA tindakan :  
Langkah awal menit  
ventilasi selama menit  
Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal
- 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan  
YA ☒ TIDAK ☐
- 8 Kapan bayi mandi : 2.500 jam setelah lahir
- 9 Berat Badan Bayi : 3.500 Gram

## KALA I

- 1 Partograf melewati garis waspada : Ya ☒ Tidak ☐
- 2 Masalah lain : sebutkan : ...
- 3 Penatalaksanaan masalah tersebut : ...
- 4 Hasilnya : ...

## KALA II

- 1 Episiotomi :  
☐ Ya, indikasi : ...  
☒ Tidak
- 2 Pendamping pada saat persalinan :  
☒ Suami ☐ dukun ☐ lain2  
☐ Keluarga ☐ kader
- 3 Gawat Janin :  
☐ Ya, tindakan : ...  
☒ Tidak
- 4 Distosia bahu  
☐ Ya, tindakan : ...  
☒ Tidak
- 5 Masalah lain sebutkan : ...
- 6 Penatalaksanaan masalah tersebut : ...
- 7 Hasilnya : ...

## KALA III

- 1 Lama kala III : ... menit
- 2 manajemen Aktif kala III :  
☒ Oksitosin 10 IU IM dalam waktu ... menit  
☒ Peregang Tali Pusat Terkendali  
☒ Masase Fundus Uteri
- 3 Pemberian ulang Oksitosin 10 IU IM yang kedua ?  
☐ Ya, Alasan : ...  
☒ Tidak
- 4 Plasenta lahir Lengkap ( Intact )  
Ya ☒ Tidak ☐  
Jika TIDAK, tindakan : ...
- 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit  
YA ☒ TIDAK ☐
- 6 Laserasi  
Ya ☒ Tidak ☐  
Jika YA, dimana : ... derajat 1 2 3 4  
Tindakan : ...
- 7 Atonia Uteri  
YA ☒ TIDAK ☐  
Jika YA tindakan : ...
- 8 Jumlah perdarahan : ... ml  
Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

## PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
00.20	120/90	88	37.4	2 Jt + Pt	Baik	± 150 cc	Kosong
00.35	120/90	88		2 Jt + Pt	Baik	± 150 cc	Kosong
00.55	120/80	86		2 Jt + Pt	Baik	± 150 cc	Kosong
01.10	120/80	84		2 Jt + Pt	Baik	± 150 cc	Kosong
01.40	140/80	82	36.5	2 Jt + Pt	Baik	± 50 cc	Kosong
02.10	110/80	82		2 Jt + Pt	Baik	± 50 cc	Kosong

## PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARA BULU	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
00.20	45	36.5	Merah	aktif	Enal	Besah	Adapt	-	-
00.35	45	36.5	Merah	aktif	Enal	Besah	Adapt	0	0
00.55	45	36.5	Merah	aktif	Enal	Besah	Adapt	-	-
01.10	45	36.5	Merah	aktif	Enal	Besah	Adapt	-	-
01.40	45	36.5	Merah	aktif	Enal	Besah	Adapt	-	-
02.10	45	36.3	Merah	aktif	Enal	Besah	Adapt	-	-

Tanda Bahaya : ☐ Ibu ☐ Bayi

Tindakan ( jelaskan dicatat kasus )

☐ Dirujuk ☒ Tidak dirujuk

## **LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi kebidanan STIKes CHM-Kupang angkatan VI mengadakan studi kasus pada Asuhan Kebidanan Pada Multipara Intrapartal Normal di Puskesmas Sikumana untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu.

Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

( Yulensi Anggriani Littik )

## **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Multipara Intrapartal Normal Di  
Puskesmas Sikumana Tanggal 22 – 25 Juli 2016

Peneliti : Yulensi Anggriani Littik

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 22 Juli 2016

Responden

( Ny. P H )





LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIPARA**





**INTRAPARTAL NORMAL DI PUSKESMAS SIKUMANA**

**TANGGAL 22 S/D 25 JULI 2016**

NAMA : YULENSI ANGGRIANI LITTIK

NIM : 132 111 146

PENGUJI : MERRY A. GIRI, S.Keb. Bd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1	Ratias. 26/10/2016	Bab 1 - 5	Perbaiki Penulisan	
2	Rasu. 08/11/2016	Bab 9	- Pembahasan - Daftar pustaka	
3	Kgris. 16/11/2016	Daftar pustaka	- Abstrak.	
4	Jurat. 24/11/2016	MC		
5				





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHM-K)

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia



LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Yulensi A. Littik  
Nim : 132111146  
Pembimbing I : Jeni A. Nurmawati, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	Paraf
1	05/09/2016	Latar Belakang	Masalahnya? Data? Upaya?	
2	27/11/2016	Bab I-III	- Revisi latar belakang - lengkapi data pustaka rias	
3	18/04/2017	Bab IV-V	- Pembahasan - Tambahkan paragraf	
4	18/05/2017	Ace Bab I-V		
5				



LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIPARA

INTRAPARTAL NORMAL DI PUSKESMAS SIKUMANA

TANGGAL 22 S/D 25 JULI 2016

NAMA : YULENSI ANGGRIANI LITTIK

NIM : 132 111 146

PENGUJI : JENI NURMAWATI, SST., M.Kes

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1	Jumat, 24/11/2017	Bab 1-5	Perbaikan penulisan	
2	Sabtu, 25/11/2017	Kata pengantar	Revisi Abstract	
3	Senin, 27/11/2017	Tambahkan simpulan dan saran	Abstract.	
4	Selasa, 28/11/2017	Abstract		
5	Rabu, 29/11/2017	Daftar Isi - V	Perubahan.	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHM-K)  
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN

JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBARAN KONSULTASI KTI

NAMA : YULENSI ANGGRIANI LITTIK

NIM : 132 111 146

PEMBIMBING II : YOHANA F.L. LADJAR, SS.T

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Tanda Tangan
①	04/08/2016	Penomoran halaman & isi simbol dihilangkan Spasi, Sumber buku Revisi BAB III - Metode Penelitian	
		BAB IV Hasil & Pembahasan Bab V kesimpulan Paragraf.	
2.	22/11/2016	Revisi BAB IV	
3.	20/05/2017	All.	



LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIPARA**




**INTRAPARTAL NORMAL DI PUSKESMAS SIKUMANA**

**TANGGAL 22 S/D 25 JULI 2016**

NAMA : YULENSI ANGGRIANI LITTIK

NIM : 132 111 146

PENGUJI : YOHANA F. L. LADJAR, SST

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF
1	Selasa 5-12/17	Pengertian, Sumber buku, SP4SI, Daftar Pustaka yg tidak ada hilangkan, Pembahasan, Paragraf		
2	9/12-17	Buku sumber, Kasus masi belum berubah Parbo masih salah		
3	23/5-18	Lengkapi lampiran Ael.		
4				
5				